

PPD-ED-70  
5718  
c-2

UNIVERSIDAD PANAMERICANA  
Facultad de Ciencias de la Educación  
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría  
de los Derechos Humanos  
(Informe de práctica profesional dirigida)**

Brenda Maritza Soto Juárez

Guatemala, febrero 2,011



BIBLIOTECA VIRTUAL  
0.100--  
75 FEB 2011

**Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría  
de los Derechos Humanos  
(Informe de práctica profesional dirigida)**

**Brenda Maritza Soto Juárez (Estudiante)**  
**Licenciada. Sonia Pappa (Asesora)**

**Guatemala, febrero de 2,011**




**DICTAMEN**  
**APROBACION PARA ELABORAR**  
**INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**


ASUNTO: Brenda Maritza Soto Juárez  
Estudiante de la Licenciatura en  
Psicología y Consejería Social  
de esta Facultad, solicita autorización  
para realizar Práctica Profesional  
Dirigida para completar requisitos  
de graduación.

**Guatemala, febrero 2009**

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar Informe Final de Practica Dirigida, que es requerido para obtener el título Licenciatura en Psicología y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría de los Derechos Humanos**, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Sonia Pappa como Asesor-Tutor, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

  
**M.A. José Ramiro Bolaños Rivera**  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Educación



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, noviembre de dos mil nueve. –**

***En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Procuraduría de los derechos humanos (defensoría de la mujer) presentado por la estudiante***

***Brenda Maritza Soto Juarez***

***quien se identifica con número de carné 0402-01-20051308 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.***



***Licenciada Sonia Pappa  
Asesora***



# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, a los tres días del mes de noviembre del año de dos mil diez. --

En virtud de que el Informe Final de Práctica Dirigida con el tema **Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría de los Derechos Humanos**, Presentada por el estudiante: **Brenda Maritza Soto Juárez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.



**Licda. Karen Dubón**  
**Revisora**





# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. Guatemala a los veinte días del mes de noviembre del dos mil diez-----

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema **Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría de los Derechos Humanos**, Presentado por la estudiante **Brenda Maritza Soto Juárez**, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.

  
M.A. José Ramiro Bolaños Rivera  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Educación



## Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Marco de referencia	4
1.1 Descripción de la institución	4
1.2 Misión	7
1.3 Visión	8
1.4 Organigrama	8
1.5 Objetivos	8
1.6 Población que atiende	10
1.7 Planteamiento del problema	10
Referente teórico	11
2.1 Derechos humanos	11
2.2 La violencia	19
2.3 Psicopatología	36
2.4 Psicodiagnóstico	69
2.5 Psicoterapia	78
Referente metodológico	95
3.1 Programa de práctica dirigida	95
3.2 Cronograma de actividades	99
3.3 Planificación de actividades en el centro de práctica	102
3.4 Subprogramas	111
Presentación de resultados	113
4.1 Programa de atención de casos	113
4.1.7 Graficas de los pacientes	134
4.1.9 Graficas y análisis de resultados del proyecto de salud mental	141

Conclusiones	144
Recomendaciones	145
Referencias	146
Anexos	148
Anexos 1 horas de prácticas realizadas	
Anexos 2 constancias	
Anexos 3 fotografías	
Anexos 4 organigrama	



## **Resumen**

El informe final de Práctica Profesional Dirigida, contiene la información en cuatro capítulos en los cuales el primero describe la institución donde se realizó la práctica, objetivos, misión, visión, actividades y descripción de servicios que presta así como población que atiende y programas que cubre.

En el segundo capítulo se sustenta la teoría que se estuvo investigando durante el curso, dependiendo del tipo de problema que se trató en la población atendida así mismo los tres componentes que se necesita para ser un psicólogo clínico.

En el tercer capítulo se incluye la metodología utilizada para realizar la práctica, presentando las planificaciones y cronogramas del trabajo.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos, como los logros y limitaciones así como las gráficas elaboradas para visualizarlos mejor.

## **Introducción**

Durante el periodo de marzo a septiembre del 2009 se realizó la Práctica, Profesional Dirigida en el área de la defensoría de la mujer dependencia de los Derechos Humanos. Como requisito para poder egresar satisfactoriamente de la carrera de Licenciatura y Consejería Social, de la Universidad Panamericana.

Dicha práctica tiene como propósito integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera aplicándolos en las áreas requeridas.

Durante el proceso de la práctica es necesario enfrentarse a los problemas de los pacientes para poder brindar un apoyo profesional digno y merecedor de respeto y de confianza.

El conocimiento lo otorga Dios, la teoría la universidad, la práctica el psicólogo y el cambio el paciente.

## **Síntesis descriptiva**

Desarrollar la teoría a través de la práctica es enriquecedor, la cual permite enfrentarse a la realidad en diferentes contextos, problemáticas y personalidades; escenarios con los que se enfrentan los profesionales psicólogos, terapeutas y quienes acuden en busca de apoyo.

En este informe se hace una recopilación de la experiencia obtenida en la Defensoría de la Mujer,

Procuraduría de los Derechos Humanos atendiendo a la víctima de violencia en general y particularmente de violencia intrafamiliar.

# Capítulo 1

## Marco de referencia

### Introducción

El presente capítulo presenta la institución donde se ha realizado la Práctica Profesional Dirigida. Se dan a conocer todos los datos generales de la misma así como su misión, visión y objetivos, el por qué la institución existe y hacia donde se dirige. Así mismo se señala su organización y funcionamiento.

#### 1.1. Descripción de la institución

La Defensoría de la Mujer es un área de la Procuraduría de los Derechos Humanos (dependencia del estado). Dicha área se caracteriza por darle atención a las necesidades de las mujeres y en especial a atender a las personas sobrevivientes de la violencia y a asesorar, acompañar y referir a las sobrevivientes en caso de poner denuncias si el caso lo amerita.

Es una instancia creada por el procurador de los derechos humanos en 1991 e institucionalizada en 1998. Su propósito es defender y promover los derechos humanos de las mujeres en Guatemala.

Se ha convertido en una unidad sólida, representativa y legítima que enlaza esfuerzos con el movimiento de mujeres, la Sociedad Civil y las instituciones del Estado; monitorea y verifica la vigencia plena de los derechos de las mujeres, contribuyendo a la construcción y consolidación de la justicia, la cultura de paz y la democracia en el país.

El Procurador de los Derechos Humanos es un Comisionado del Congreso de la República para la defensa de los Derechos Humanos establecidos en la Constitución Política de la República de Guatemala, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Tratados y Convenciones Internacionales, aceptados y ratificados por Guatemala.

El Procurador para el cumplimiento de las atribuciones que la Constitución Política de la República de Guatemala y esta ley establecen, no está supeditado a organismos, institución o funcionario alguno y, actuará con absoluta independencia. Debe reunir las mismas calidades que se requieren para ser Magistrado de la Corte Suprema de Justicia, goza de las mismas inmunidades y prerrogativas de los diputados al Congreso, no puede desempeñar otros cargos directivos políticos de organizaciones sindicales, patronales o laborales. Tampoco puede ejercer la profesión ni fungir como ministro de cualquier religión.

Los Procuradores adjuntos son personas que deben reunir las mismas calidades requeridas para el cargo de Procurador y son designadas directamente por éste. Auxilian al Procurador en el cumplimiento de sus funciones, pueden sustituirlo por orden de nombramiento, en caso de impedimento o de ausencia temporal, ocuparán el cargo en caso quede vacante en tanto el Congreso elige al nuevo titular.

La figura del Procurador de los Derechos Humanos surgió con la Constitución de la República promulgada en 1,985. También llamado *Ombudsman* (deriva del término sueco *Imbud*, que significa representante, comisionado, protector mandatario del pueblo), Defensor del Pueblo o Magistrado de Conciencia. Nace con la llamada apertura democrática que se inició en 1,984 con la elección de una Asamblea Nacional Constituyente y que el 31 de mayo de 1,985 emitió la Constitución vigente.

La institución del Defensor del Pueblo comenzó a funcionar oficialmente el 19 de agosto de 1,987, siendo Guatemala el primer país en Latinoamérica que constitucionalizó la figura. El primer Procurador fue el licenciado Gonzalo Menéndez de la Riva, quien por razones de salud renunció al cargo en noviembre de 1,989; eligiendo el Congreso de la República al licenciado José Ramiro de León Carpio (8 de diciembre de 1,989), quien al terminar el período del Lic. Menéndez fue reelecto en 1,992 para un nuevo período de cinco años, no concluyó su gestión ya que el 5 de junio de 1,993 el Congreso de la República lo eligió como Presidente de la República en sustitución del Ingeniero Jorge Serrano Elías.

El 19 de junio de 1,993 el Congreso de la República eligió al doctor en derecho Jorge Mario García Laguardia, quien completó el período hasta el 19 de agosto de 1,997. El Doctor Julio

Eduardo Arango Escobar, sustituyó al Lic. De León Carpio, por un período completo de cinco años. Desde el 19 de agosto de 2,002 el doctor Sergio Morales Alvarado fue nombrado Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala, hasta la fecha.

Las atribuciones esenciales del Procurador de Derechos Humanos son:

- Promover el buen funcionamiento y la agilización de la gestión administrativa gubernamental en materia de Derechos Humanos.
- Investigar y denunciar comportamientos administrativos lesivos a los intereses de las personas.
- Investigar toda clase de denuncias que le sean planteadas por cualquier persona, sobre violaciones a los Derechos Humanos.
- Recomendar privada o públicamente a los funcionarios, la modificación de un comportamiento administrativo objetado.
- Emitir censura pública por actos o comportamientos contra los derechos institucionales.
- Promover acciones o recursos judiciales o administrativos, en los casos en que sea procedente.
- Las otras funciones y atribuciones que le asigne esta ley.
- Promover y coordinar con las dependencias responsables para que en los programas de estudio de la educación oficial y privada, se incluya la materia específica de los Derechos Humanos, la que deberá ser impartida en los horarios regulares y en todos los niveles educativos.
- Desarrollar un programa permanente de actividades para que examinen aspectos fundamentales de los derechos humanos y se realicen informes, compilaciones, estudios, investigaciones jurídicas-doctrinales, publicaciones, campañas divulgativas y cualesquiera otras actividades de promoción, con el propósito de hacer conciencia en los diversos sectores de la población sobre la importancia de estos derechos.
- Establecer y mantener comunicación con las diferentes organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, nacionales o extranjeras, encargadas de la defensa y promoción de los derechos humanos.

- Divulgar por los medios de comunicación, en el mes de enero de cada año, el informe anual y los informes extraordinarios a que se refiere la Ley de la Comisión de Derechos Humanos el Congreso de la República y del Procurador de los Derechos Humanos.
- Participar en eventos internacionales en materia de Derechos Humanos.
- Recibir, analizar e investigar toda denuncia de violación de los Derechos Humanos, que presenten en forma oral o escrita cualquier grupo, persona individual o jurídica.
- Iniciar de oficio las investigaciones que considere necesarias en los casos que tenga conocimiento sobre violaciones a los Derechos Humanos.
- Investigar en cualquier local o instalación, sobre indicios racionales que constituyan violación sobre cualquiera de los Derechos Humanos, previa orden de juez competente. La inspección no requiere la notificación previa a los funcionarios encargados de quien, directa o indirectamente, dependen los locales e instalaciones.
- Exigir de particulares, funcionarios y empleados públicos de cualquier jerarquía al presentarse a los locales o instalaciones referidos en la literal anterior, la exhibición inmediata de toda clase de libros, documentos, expedientes, archivos, incluso los almacenados en computadora, para lo cual se acompañará de los técnicos necesarios; queda a salvo, lo preceptuado por los artículos 24 y 30 de la Constitución Política de la República de Guatemala.
- Emitir resolución de censura pública contra los responsables materiales y/o intelectuales de la violación de los Derechos Humanos, cuando el resultado de la investigación arribe a esa conclusión.
- Organizarla Procuraduría de los Derechos Humanos y nombrar, amonestar y remover al personal de la misma, de conformidad con el reglamento respectivo.
- Elaborar el proyecto de presupuesto anual de la procuraduría y remitirlo a la Comisión de Derechos Humanos del Congreso de la República, para que sea incluido en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado.

## 1.2. Misión

La misión del Procurador de los Derechos Humanos, se deriva de la constitución política de la república que afirma y reconoce la primacía de la persona humana como sujeto y fin del orden social. Su misión es promover el buen funcionamiento y agilización de la gestión administrativa

gubernamental en materia de derechos humanos, analizar e investigar las denuncias de las víctimas de violación de sus derechos humanos y protegerlas, promover y educar en materia de derechos humanos, mantener comunicación y participar en eventos con organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, nacionales, extranjeras e internacionales, encargadas de la indefensa y promoción de los derechos humanos.

### 1.3. Visión

El Procurador de los Derechos Humanos es una institución con prestigio, credibilidad, apoyo, colaboración por parte de la sociedad, cuenta con fortaleza institucional, eficiencia y eficacia para hacer frente a la defensa, protección, promoción, educación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de solidaridad, así como a la supervisión de la administración pública y apoyo a la gobernabilidad del país.

### 1.4 Organigrama (Ver anexo No. 04)

### 1.5 Objetivos

#### 1.5.1 Objetivo general

Promoción de un nuevo modelo de atención de los Derechos Humanos del cual en forma sistematizada y ordenada generen diferentes acciones, actividades, procesos operativos programas o proyectos, que a través de la instancia del Procurador contribuya a la promoción, procuración de los derechos humanos y atención a la víctima, fortaleciendo la reconstrucción del tejido social, con una cultura de paz democrática y justicia social.

#### 1.5.1.2 Objetivos específicos

- Propiciar la plena participación, consciente, activa e influyente de todos los miembros de la sociedad civil para la formación de manera integral de políticas públicas y de forma descentralizada desde los ámbitos local municipal departamento, regional y nacional.



- Creación de condiciones para fortalecer los procesos de acompañamiento verificación y seguimiento en el cumplimiento de los Acuerdos de Paz.
- Implementación de una plataforma nacional para el abordaje de las causas estructurales que generan la violencia (salud, educación, trabajo, vivienda, seguridad ciudadana y ambiente) atendiendo inicialmente a los Municipios de alto riesgo.
- Velar por el respeto de los Derechos Humanos, especialmente de los pueblos indígenas, por una sociedad pluricultural y multiétnica.
- Fortalecer la investigación científica sobre la conflictividad social para incidir en la verificación y control de la administración pública, con acompañamiento de la sociedad civil.
- Desarrollar y fortalecer la vigencia y materialización de los derechos humanos por medio del logro de los satisfactores a las necesidades humanas de manera participativa.
- Prevenir generar las condiciones integrales que garanticen de forma efectiva la vigencia sostenible de los derechos humanos, evitando de esa forma la existencia de víctimas.

### 1.5.1.3 Objetivos estratégicos

Están constituidos por las ocho áreas estratégicas de la política del Procurador de los Derechos Humanos:

1. Fortalecimiento y Desarrollo Institucional.
2. Defensa y Protección de los Derechos Humanos.
3. Promoción y Educación en Derechos Humanos.
4. Supervisión a la Administración Pública.
5. Fortalecimiento de las Relaciones con la Sociedad Civil e Instituciones del Estado.
6. Promoción de la Gobernabilidad, la Seguridad, la Justicia y la Paz.
7. Fortalecimiento de las Relaciones Internacionales y de la Cooperación.
8. Derechos Humanos al Acceso a la Información.

## 1.6 Población que atiende

La Defensoría de la Mujer atiende específicamente a mujeres sobrevivientes de violencia y unos que otros casos de niños, muy raras veces casos de hombres maltratados por violencia intrafamiliar.

### 1.6.1 Descripción de la población

La mayor población que atiende el área de la defensoría, en cuanto a la situación económica es de baja y muy baja situación socio económico a mujeres y niños de Etnia ladina e indígena.

Por otra parte la Defensoría atiende con mayor énfasis los casos de mujeres, las cuales son referidas a las diferentes dependencias que atiende la Procuraduría de los D.H. Por ejemplo: PROPEVI, CAIMUS, (albergues), área de seguimiento Ministerio Público, Juzgado de Familia, Juzgado de Paz etc.

## 1.7 Planteamiento del problema

Guatemala esta viviendo una crisis de violencia social y familiar es necesario que existan centros de atención psicológica, la defensoría de los Derechos Humanos es un espacio donde la población puede buscar apoyo, la violencia es un fenómeno que se da en todos los niveles sin importar sexo, color, religión, ni posición social.

Es importante informar a la población de las secuelas que dejan los tipos de violencia a nivel físico y psicológico.

## **Capítulo 2**

### **Referente teórico**

En este capítulo se presenta la información necesaria para aplicar conocimientos durante la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social realizada en la Defensoría de la Mujer, dependencia de los Derechos Humanos de Guatemala. Entre los temas principales estudiados estuvieron los siguientes: derechos humanos, derechos de las mujeres, violencia intrafamiliar, sus causas y consecuencias, violencia de género (Abuso Sexual), Victimología.

Se enfocaron algunos trastornos psicopatológicos que se trataron en el aula durante el transcurso de la práctica. De igual forma, se realiza una reseña de lo que es el psicodiagnóstico, sus objetivos, etapas y evaluación. Y por último, la psicoterapia con sus diferentes enfoques según las escuelas y modelos de tratamiento psicoterapéutico.

#### **2.1. Derechos humanos**

Son las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales de que goza una persona y que se derivan de su dignidad, por lo que no pueden ser vulnerados y por ello los Estados y las leyes que los rigen tienen la obligación de reconocerlos, difundirlos, protegerlos y garantizarlos. Todas las personas, sin importar su edad, religión, sexo o condición social, gozan de estos derechos, los cuales son indispensables para el desarrollo integral del individuo.

La vigencia de los derechos humanos es un medio para la construcción de una sociedad democrática que debe surgir de un Estado Constitucional de Derecho, con el propósito que la sociedad pueda dinamizar el desarrollo de nuevos contenidos para la democracia y la paz.

Aunque se dice que todos están obligados a respetar los derechos humanos de las demás personas, existe la diferencia en que los ciudadanos y ciudadanas pueden hacer todo aquello que la ley no prohíba en tanto que los servidores públicos, como parte del Estado, pueden hacer aquello que la ley expresamente les faculta. En materia de derechos humanos, el Estado no sólo

tiene el deber de reconocer los derechos humanos, sino también respetarlos y defenderlos actuando dentro de los límites que le impone la ley.

La defensa o la protección de los derechos humanos tienen la función de contribuir al desarrollo integral de la persona, imponer límites al accionar de los servidores públicos, sin importar su nivel jerárquico o la institución gubernamental, a efecto de prevenir los abusos de poder, la negligencia o el accionar por desconocimiento de la función. Facilitar los canales y mecanismos de participación ciudadana que facilite la participación activa en los asuntos públicos y la adopción de decisiones comunitarias. Fijar un ámbito de autonomía en el que las personas puedan actuar libremente, protegidas contra los abusos de las autoridades, servidores públicos y de particulares.

### 2.1.1. Características de los derechos humanos

#### a) Universales

Pertencen a todas las personas, que se extienden a todo el género humano, sin ningún tipo de distinción por sexo, edad, religión, posición social, o creencias religiosas o políticas.

#### b) Incondicionales

Porque están supeditados sólo a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los propios derechos. La histórica frase de Benito Juárez: “El respeto al derecho ajeno es la paz”, resume muy bien esta característica, porque nuestros derechos llegan hasta donde comienzan los de los demás o los justos intereses de la comunidad.

#### c) Inalienables

No pueden perderse ni trasladarse por propia voluntad: son inherentes a la idea de dignidad del hombre. No se pueden quitar ni enajenar.

#### d) Inherentes o innatos

Todos los seres poseen los derechos humanos, pues se generan a partir de la misma naturaleza humana.

### e) Inviolables

No se pueden o no se deben transgredir o quebrantar. En caso que ello ocurra, el ciudadano o ciudadana víctima puede exigir, a través de los tribunales de justicia, una reparación o compensación por el daño causado.

### 2.1.2. ¿Cuáles son los derechos humanos?

Existen diversas formas de clasificar los derechos humanos. La actual gestión de la Institución del Procurador de los Derechos Humanos retomó dos conceptos esenciales en los que descansa su política de trabajo, siendo éstos: a) Procuración; y b) Victimología.

Los principios filosóficos y doctrinarios que sustentan estos conceptos son:

A) Procuración: Es un concepto sustituto de “defensa” de los Derechos Humanos, que proviene de una situación o estado de mantener amparo o protección contra una agresión o daño de procedencia ajena, ya perpetrado o por perpetrarse.

La retoma del concepto “Procuración” da por sentada la vigencia absoluta de los Derechos Humanos en la sociedad guatemalteca, y se define como:

“La diligencia y el esfuerzo de desarrollar y fortalecer los Derechos Humanos de manera participativa, articulando esfuerzos entre lo gubernamental y no gubernamental, a través de la observancia, la investigación y fiscalización social con presencia de base, como instrumento idóneo para la construcción democrática y de la convivencia nacional en un Estado de Derecho y de Justicia”.

B) Victimología: concepto que se deriva de la relación víctima-victimario y que implica que se debe atender a la víctima de cualquier tipo de violencia o discriminación de que pudiera ser objeto y no sólo de protegerle sino buscar resarcir el daño, restituyéndole sus derechos y brindándole protección por atención directa, delegación o mandato.

Estos conceptos se conjugan

- a) El primero, para evitar que existan victimarios y se den las víctimas. Lo que busca es que se actúe en defensa de la víctima no sólo cuando el daño ha sido causado –que es la forma como se procede normalmente.
- b) El segundo, para el montaje estratégico de la denuncia y el seguimiento efectivo sobre el cumplimiento de las resoluciones del Procurador y de atención a la víctima.

### 2.1.3. Clasificación en tres generaciones

Existen diversas formas de clasificar los derechos humanos; una de las más conocida es la llamada tres generaciones, en la que se toma en cuenta su protección progresiva.

A. Primera generación, o de derechos civiles y políticos.

Surgen con la Revolución francesa como rebelión contra el absolutismo del monarca. Imponen al Estado el deber de respetar siempre los derechos fundamentales del ser humano:

- ✓ A la vida
- ✓ A la integridad física y moral
- ✓ A la libertad personal
- ✓ A la seguridad personal
- ✓ A la igualdad ante la ley
- ✓ A la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión
- ✓ A la libertad de expresión y de opinión
- ✓ De resistencia y de inviolabilidad del domicilio
- ✓ A la libertad de movimiento o de libre tránsito
- ✓ A la justicia
- ✓ A una nacionalidad
- ✓ A contraer matrimonio y fundar una familia
- ✓ A participar en la dirección de asuntos políticos

- ✓ A elegir y ser elegido a cargos públicos
- ✓ A formar un partido o afiliarse a alguno
- ✓ A participar en elecciones democráticas

## B. Segunda generación, o de derechos económicos, sociales y culturales.

La constituyen los derechos de tipo colectivo, los sociales, económicos y culturales. Surgen como resultado de la revolución industrial, por la desigualdad económica. México fue el primer país en incluirlas en su Constitución, en 1917. Los derechos económicos, sociales y culturales surgen después de la segunda guerra mundial.

Están integrados de la siguiente manera:

- Derechos económicos

A la propiedad (individual y colectiva)

A la seguridad económica

- Derechos sociales

A la alimentación

Al trabajo (a un salario justo y equitativo, al descanso, a sindicalizarse, a la huelga)

A la seguridad social

A la salud

A la vivienda

A la educación

- Derechos culturales

A participar en la vida cultural del país

A gozar de los beneficios de la ciencia

A la investigación científica, literaria y artística

### C. Tercera generación, o derechos de los pueblos o de solidaridad.

Surgen en nuestro tiempo como respuesta a la necesidad de cooperación entre las naciones, así como de los distintos grupos que la integran. Se forma por los llamados derechos de los pueblos:

- ✓ A la paz
- ✓ Al desarrollo económico
- ✓ A la autodeterminación
- ✓ A un ambiente sano
- ✓ A beneficiarse del patrimonio común de la humanidad
- ✓ A la solidaridad

#### 2.1.4. Declaración universal de los derechos humanos

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo texto completo figura en las páginas siguientes. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los países miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios".

#### 2.1.5. Derechos de las mujeres

Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos; los derechos humanos no se pierden ni se pueden negar. La equidad de género es la igualdad de derechos, oportunidades y obligaciones entre hombres y mujeres. Las mujeres tienen el derecho a ser respetadas, hacer tratadas con igualdad de condiciones; el concepto género permite diferenciar lo que es el sexo biológico, de lo que son las costumbres e ideas que la sociedad tiene sobre el concepto de género.

I. Artículo 8. Mecanismos en la esfera privada. Con el propósito de dar un ambiente seguro para eliminar la discriminación y la violencia contra la mujer, el Estado revalorizará el matrimonio, la maternidad y establecerá una forma de protección para:



a) Elegir libremente a su marido, esposo o compañero de vida, casarse, divorciarse o separarse, tener o no hijos e hijas, elegir de común acuerdo con él, el número de hijos e hijas que desean procrear, recibir educación sexual y reproductiva.

b) Elegir la profesión u ocupación que desee a tener la custodia de los hijos e hijas, a adoptar niños y niñas. Y a elegir apellido.

c) Hacer trámites, y que se les conceda bienes. Deberán tomarse las medidas para que exista una educación familiar; en las que se les reconozcan las responsabilidades comunes de hombres y mujeres en la elaboración de tareas domésticas crianza y cuidado de los hijos e hijas.

I. Artículo 9. Acciones y mecanismos que garanticen la equidad en la educación. El estado garantiza a las mujeres la educación nacional en forma de equidad, esto quiere decir que se consideren a las mujeres con sus limitaciones y cualidades dándoles las oportunidades en todos los grados de la educación pre-primaria, primaria secundaria universitaria. Además favorecerá el respeto y valoración de las identidades culturales sin afectar la unidad de la nación.

a) Cubrir y ampliar la educación escolar en el territorio nacional, en todos los niveles, facilitando a las mujeres acudir y terminar sus estudios universitarios.

b) Los cursos contendrán el valor de nuestra cultura y de género, valorizando el papel de la mujer

c) Las estudiantes indígenas utilizarán el traje típico que les corresponda en sus centros de estudio y podrán dejarlo de usar cuando así lo quiera.

d) Garantizar a la mujer igualdad de oportunidades y facilidades para obtener becas de estudios, créditos educativos y especialidades.

## 2.1.6. Otros derechos de las mujeres

Derecho a decidir sobre su vida reproductiva de manera libre y de ejercer control voluntarios y seguro de su fertilidad, libres de discriminación, coerción, y/o violencia, así como el derecho de disfrutar de los elevados niveles de salud sexual y reproductiva.

Las mujeres tienen el derecho a la autonomía en la decisión reproductiva, la cual incluye el acceso al aborto seguro y legal. La mujer tiene derecho de recibir atención médica para garantizar la salud total y reproductiva, por ejemplo:

- Control del embarazo
- Examen del Papanicolaou, Mamografías
- Planificación familiar
- La atención para la salud sexual y reproductiva debe ser confidencial si así lo desea, el doctor debe informar y recibir educación sexual para el bienestar de la familia.
- Es un derecho estar protegida contra la explotación y abuso sexual, también contra la violación, la agresión, el abuso y el acoso sexual.
- Acceso al aborto seguro y legal.

## 2.1.7. Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer

Que la Constitución Política de la República establece que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a las personas y a la familia, su fin supremo es la realización del bien común, además de proteger la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de las personas. Guatemala aprobó por medio del Decreto Ley Número 49-82 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, y a través del Decreto Número 69-94 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, y como Estado Parte se obligó a adoptar todas las medidas adecuadas para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer, y emitir todas aquellas leyes que sean necesarias para tal fin.

Las mujeres guatemaltecas tienen derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y las libertades consagradas en la Constitución Política de la República e instrumentos internacionales en materia de derechos humanos y que el problema de violencia y discriminación en contra de las mujeres, niñas y adolescentes que ha imperado en el país se ha agravado con el asesinato y la impunidad, debido a las relaciones desiguales de poder existentes entre hombres y mujeres, en el campo social, económico, jurídico, político, cultural y familiar, por lo que se hace necesario una ley de prevención y penalización.

La presente ley tiene como objeto garantizar la vida, la libertad, la integridad, la dignidad, la protección y la igualdad de todas las mujeres ante la ley, y de la ley, particularmente cuando por condición de género, en las relaciones de poder o confianza, en el ámbito público o privado quien agrede, cometa en contra de ellas prácticas discriminatorias, de violencia física, psicológica, económica o de menosprecio a sus derechos. El fin es promover e implementar disposiciones orientadas a la erradicación de la violencia física, psicológica, sexual, económica o cualquier tipo de coacción en contra de las mujeres, garantizándoles una vida libre de violencia, según lo estipulado en la Constitución Política de la República e instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres radicados por Guatemala.

## 2.2. La violencia

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete que de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas". "La violencia es la presión psíquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima".

La violencia en las etapas de la vida:

La violencia tiene un efecto profundo sobre la mujer. Empieza antes del nacimiento, en algunos países, con abortos selectivos según el sexo. O al nacer, cuando los padres desesperados por tener un hijo varón pueden matar a sus bebés del sexo femenino. Y sigue afectando a la mujer a

lo largo de su vida. Todos los años, millones de niñas son sometidas a la mutilación de sus genitales.

Las niñas tienen mayor probabilidad que sus hermanos de ser violadas o agredidas sexualmente por miembros de su familia, por personas en posiciones de poder o confianza, o por personas ajenas.

En algunos países, cuando una mujer soltera o adolescente es violada, puede ser obligada a contraer matrimonio con su agresor, o ser encarcelada por haber cometido un acto "delictivo". La mujer que queda embarazada antes del matrimonio puede ser golpeada, condenada al ostracismo o asesinada por sus familiares, aunque el embarazo sea producto de una violación.

Después del matrimonio, el riesgo mayor de violencia para la mujer sigue habitando en su propio hogar, donde su esposo y, a veces la familia política, puede agredirla, violarla o matarla. Cuando la mujer queda embarazada, envejece o padece discapacidad mental o física, es más vulnerable al ataque.

La mujer que está lejos del hogar, encarcelada o aislada de cualquier forma es también objeto de agresión violenta. Durante un conflicto armado, las agresiones contra la mujer aumentan, tanto de parte de las fuerzas hostiles como de las "aliadas".

Cuando se habla de violencia se cree que solo es "dar golpes", pero es una equivocación.

### 2.2.1. Violencia intrafamiliar o doméstica

Podría decirse que la sociedad actual se ve envuelta en un caos totalmente desesperante, pues es tan grande la inseguridad que recorre estos tiempos que no sería inapropiado pensar que la mayoría de la población en lugar de salir a la calle, prefiere quedarse en su casa donde se piensa que es el lugar más seguro, sin embargo en el ámbito de la familia también se origina una violencia que según estudios realizados son los que mas daño causa al individuo.

La violencia intrafamiliar es aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor es un miembro de la familia que comparte el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. Se entiende que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, que involucran abuso físico, abuso psicológico como: ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

Hay autores que señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores

1. La falta de control de impulsos.
2. La carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente.
3. Algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas.

La vida es triste y dolorosa cuando no se recibió amor, de los padres durante la niñez especialmente en los cinco primeros años de la vida ya que esto puede marcar la vida emocional del ser humano. Por eso, el privar a un niño de amor es como privar de agua a una planta que empieza a crecer, pero al no regarla se marchita y muere. Hay golpes que sacan sangre o dejan morados, incluso un mal golpe puede producir la muerte, pero hay otros más sutiles que no se ven, pero que se graban lentamente en la mente y en la identidad de ese niño o de esa niña y se graban en su "yo" lo cual se reflejara de adulto.

En ocasiones la violencia del agresor oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado. En otros casos, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo.

Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley. Esto quiere decir, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera, piensa que se merece un trato especial, mejor que el que se les da a los demás.

La violencia no es solamente el abuso físico, los golpes, o las heridas que quedan el cuerpo por un tiempo. Son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causan, que la violencia física, que todo el mundo puede ver. Hay violencia cuando se ataca la integridad emocional o espiritual de una persona.

La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. Quien ha sufrido violencia física tiene huellas visibles y puede lograr ayuda más fácilmente. Sin embargo, a la víctima que lleva cicatrices de tipo psicológicas le resulta más difícil comprobarlo. También lo dificulta, por ejemplo, la habilidad manipuladora de su esposo que presenta a su esposa como exagerada en sus quejas o simplemente como loca.

La víctima se avergüenza por lo que le sucede y que hasta se cree merecedora de los abusos. Por eso prefiere mantenerlos en secreto y así esa situación puede prolongarse durante años. Los que maltratan a sus víctimas lo hacen de acuerdo a un patrón de abuso psicológico.

La intimidación es también un abuso. "Si dices algo te mato." Muchas víctimas no se atreven a hablar por las amenazas del agresor. En el caso de las mujeres, son amenazadas a través de los hijos, las amenazas de que le van a quitar al hijo, todos estos son abusos psicológicos que preceden al abuso físico.

Todos estos abusos impiden que la mujer deje el hogar violento. La violencia psicológica a que están sometidas, mujeres, hombres, niños y ancianos es más dolorosa que el abuso físico, ya que esta marca de por vida.

### 2.2.2. Clases de violencia intrafamiliar

Maltrato A Ancianos	Maltrato Infantil	Maltrato Hacia La Mujer	Maltrato Hacia El Hombre
Maltrato físico	Abuso físico	Abuso físico	Abuso físico
Maltrato Emocional	Abuso Emocional	Abuso emocional	Abuso emocional
Abuso financiero	Abuso sexual	Abuso sexual	Abuso sexual
Abandono físico	Abandono físico	Abuso económico o patrimonial	Abuso económico o patrimonial
Abandono Emocional	Abandono Emocional		

### 2.2.3. Efectos causados por la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar puede llegar a causar incluso la muerte de las víctimas o sus agresores, existen datos que confirman que a mayor nivel de violencia intrafamiliar, mayor es la cantidad de homicidios, suicidios y mortalidad materna.

La violencia causa además desintegración familiar y contribuye a que cada día haya más niños y niñas que viven en la calle. Se ha comprobado que las niñas y niños agredidos repiten cuando son adultos el comportamiento agresivo y violento de sus padres o continúan siendo víctimas.

Debilita la salud mental de las víctimas causando anomalías en la conducta y trastornos mentales.

a) Algunos efectos:

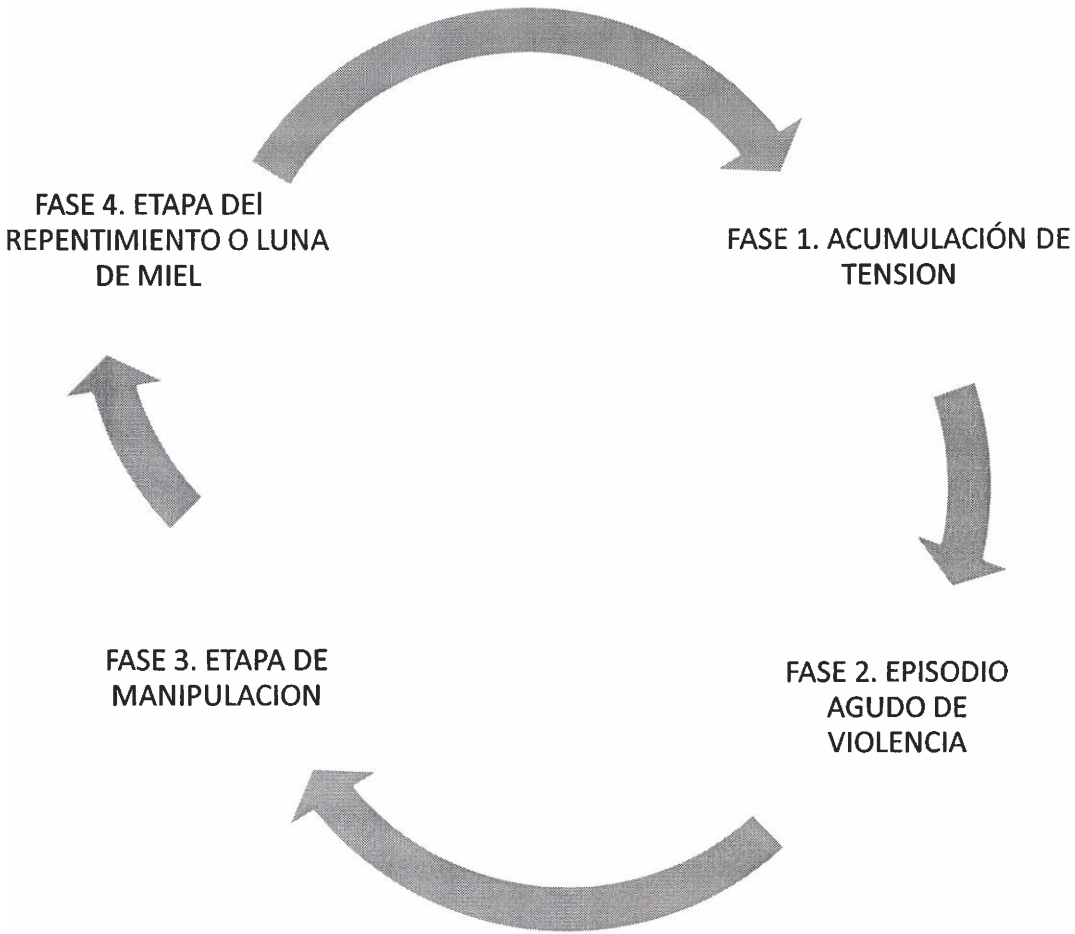
- Estrés
- Depresión
- Ansiedad
- Baja autoestima
- Fobias
- Miedos
- Intentos de suicidio
- Abuso en el hábito de fumar o beber Alcohol u otras drogas
- Trastornos del apetito
- Problemas de aprendizaje
- Abuso de sustancias, pastillas

b) Indicadores físicos como:

- Tartamudeo
- Asma
- Ulceras
- Obesidad
- Anorexia o bulimia
- Afecciones de la piel
- Trastornos de alimentación. (Come mucho o nada)
- Comportamiento infantil (orina la cama, chupa el dedo, se hurga la nariz)



## 2.2.4. El ciclo de la violencia



Fuente.

Propevi

[http://www.sbs.gob.gt/newsite/index.php?searchword=ciclo+de+violencia&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1&option=com\\_search](http://www.sbs.gob.gt/newsite/index.php?searchword=ciclo+de+violencia&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1&option=com_search)



## Fase 1. Acumulación de tensión:

- La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo, que pasa por tres fases.
- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.)
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

## B. Fase 2. Episodio agudo de violencia:

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas.
- El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

### C. Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel:

- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.
- En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.
- Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.
- A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.
- Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez.

El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

#### 2.2.5. Informe de Guatemala sobre violencia intrafamiliar

Por siglos las mujeres guatemaltecas estuvieron legalmente sometidas a la violencia infligida por sus maridos o convivientes. A los estereotipos tradicionales, se sumaba una legislación que concedía privilegios a los hombres y desprotegía a las mujeres, colocándolas en desventaja en muchos aspectos, entre ellos en cuanto a la posibilidad de demandar protección por los malos tratos de que fueran objeto de parte de su pareja.

La legislación guatemalteca en cuanto a la protección a las mujeres –contrastada con la anterior– tuvo significativos avances en 1964, cuando fue emitido el Código Procesal Civil y Mercantil (Decreto Ley 107) y la Ley de Tribunales de Familia (Decreto Ley 206). En el primero de estos cuerpos legales, se legisló acerca de la seguridad de las personas –así en términos generales– en artículos que en realidad se dirigían a proteger legalmente a las mujeres maltratadas por sus maridos. En esos casos, el juez podría dictar medidas de seguridad para que las mujeres se trasladaran de sus hogares a donde sus familiares o personas solidarias, sin que ello significara

que “habían abandonado el hogar”. En la legislación anterior, si una mujer víctima de violencia familiar se iba de su casa, el marido podía obligarla a regresar a él con orden judicial y con auxilio de la policía. No fue significativo el uso de la nueva legislación en los primeros años de vigencia, por desconocimiento y/o por temor de las mujeres a denunciar, o bien por todas las circunstancias que conforman la condición de dependencia emocional, jurídica, económica y social de las mujeres para con el marido, así como la poca confianza en el sistema de justicia. La casi totalidad de casos, en ese marco legal, fueron denunciados en el área metropolitana.

La creación de los juzgados de familia abrió las puertas para que las mujeres pudieran demandar el pago de los alimentos para sus hijos y eventualmente también para ellas, ante la irresponsabilidad paterna, así como medidas de seguridad, ante un tribunal unipersonal especializado en la materia ante quien también se plantean otros conflictos familiares como divorcios, tutelas, relaciones familiares, etc.

En el caso de las demandas de alimentos, se contó con la protección de que en el propio tribunal se elaborara la demanda, constituyendo así una ventaja novedosa que responde a la desigualdad que significa para las mujeres la carencia de auxilio profesional; generalmente los hombres han podido costearse un abogado, mientras las mujeres carentes de recursos no pueden agenciarse de tal auxilio. Esa desventaja persistía en el caso de la solicitud de medidas de seguridad, siendo así un obstáculo para presentar el requerimiento de protección en casos de violencia, ante el juzgado de familia.

#### 2.2.6. Violencia de género

El proceso de socialización de la violencia intrafamiliar se inicia con el aprendizaje de roles estereotipados en la familia, roles que son reforzados en otras esferas de la vida social, como en las escuelas, las iglesias los grupos sociales y a través de la exposición sistemática de los medios de comunicación.

Se refiere a las creencias, ideas, prejuicios, y opiniones preconcebidas, impuestas por el medio social y la cultura. Al hablar de hombre y mujer debe tenerse bien clara la diferencia entre sexo y género. Sexo se refiere al conjunto de elementos biológicos naturales que diferencian física y

anat6micamente seg6n sea mujer y hombre; estas diferencias b6sicas se establecen al momento de concebir con la uni6n de los cromosomas. Se refiere al conjunto de caracter6sticas f6sicas de las personas hombres y mujeres.

### 2.2.7. Abuso sexual

El abuso sexual es la violaci6n a los derechos de los ni6os el cual debe ser penado por la ley; no importando si es pariente o no el que lo comete; son muchas las razones por las que se comete este acto il6cito. La p6rdida de los valores y los principios en la sociedad es una de las razones por las que esta problem6tica se da con tanta frecuencia y un alto porcentaje son cometidos por los mismos parientes de los ni6os.

Es toda acci6n de tipo sexual impuesta a un ni6o o aun adulto por una persona.

Algunas de sus caracter6sticas son:

- Abuso sexual debe ser considerado independiente de otras formas de abuso.
- Comparte algunos factores de riesgo en distinta dimensi6n.
- El deseo sexual del adulto es el impulso principal.
- Habitualmente eligen v6ctimas del otro sexo.
- Son precoces: casi la mitad tuvo su primer comportamiento de abuso antes de cumplir 16 a6os.
- Suelen ser reincidentes y act6an m6s en las ciudades que en las zonas rurales.
- Aparentemente son personas normales, pero presentan problemas de socializaci6n y serias carencias en valores sociales.
- Suelen ser agresivos o retra6dos y muy insensibles.
- No saben seducir a sus iguales, los adultos.
- Tienen una escasa capacidad para ponerse en el lugar de otros y compartir sus sentimientos (empat6a).
- En la mitad de los casos son desconocidos. En la otra mitad, se trata de familiares o conocidos de las v6ctimas, lo que representa un porcentaje inferior al que se registra en las sociedades anglosajonas.

- Sólo en un 10 por ciento de los casos usan la violencia. Habitualmente recurren al engaño, tratan de ganarse la confianza de las víctimas o se aprovechan de la confianza familiar, utilizan estrategias como el factor sorpresa, les amenazan o les dan premios o privilegios de diferente tipo.
- La mayoría son pedófilos, es decir, adultos que se sienten orientados sexualmente exclusiva o preferentemente por los niños.

La violencia sexual contra las personas menores de edad es un fenómeno complejo, dentro del contexto histórico, social y cultural de una sociedad patriarcal donde los niños, niñas y adolescentes son considerados aún como objetos y no como sujetos.

(Los abusadores o pedófilos) actúan por razones muy diversas: porque no son capaces de controlar su conducta o por una falta de habilidades sociales "para resolver sus necesidades sexuales con otros adultos, con iguales".

Se trata de individuos que suelen ser "agresivos, retraídos, que no saben seducir". También tienden a carecer de valores sociales como la igualdad entre sexos.

#### A. Primer grupo

El primero, y más numeroso, está formado por los agresores que usan el engaño, la persuasión o la presión psicológica para conseguir que los niños acepten este tipo de conductas. El engaño y el chantaje emocional son las estrategias más frecuentemente utilizadas por los agresores. Estos agresores no usan la violencia, sino que, basándose en su autoridad de adultos, padres, maestros, etc., consiguen involucrar a los niños en actividades sexuales, en este grupo estarían:

Los pedófilos. Son sujetos inmaduros que no son capaces de adoptar pautas de comportamiento sexual adulto. Adultos que mantienen actividad sexual con otros adultos. Llevan una vida sexual aparentemente normal, pero en determinadas circunstancias abusan sexualmente de menores. Entre estas circunstancias están los conflictos matrimoniales, la insatisfacción sexual, la baja autoestima, especialmente en el campo sexual y, sobre todo, el abuso del alcohol u otras drogas, este es el subgrupo más numeroso.

## B. Segundo grupo

- El segundo grupo está integrado por los que usan la violencia o diferentes formas de agresión. Su deseo no está orientado exclusivamente hacia los niños, pero éstos tienen un especial atractivo para ellos porque son más fáciles de doblegar y dominar sin riesgo para el agresor.
- Recurren a estas conductas porque se sienten angustiados por otros motivos y desplazan a este campo sus sentimientos buscando compensaciones.
- Otros parecen disfrutar usando el poder sobre el niño/a.
- Algunos, muy pocos, son sádicos que obtienen satisfacción cuando la actividad sexual va acompañada del sufrimiento del niño o niña.
- El abuso sexual comprende un amplio abanico de conductas físicas entre ellas se encuentran:
  - Violación (penetración en la vagina, ano o boca con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona).
  - Penetración digital (inserción de un dedo en la vagina o en el ano).
  - Exposición (mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada, como en el exhibicionismo).
  - Coito vaginal o anal.
  - Penetración anal o vaginal con un objeto.
  - Caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración).
  - Contacto genital oral.
  - Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con los animales.
  - Además de las conductas físicas, los abusos comprenden la explotación sexual, es decir: implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía.
  - Promover la prostitución infantil.

### 2.2.7. ¿Qué pasa cuando el abusador es una persona conocida?

Es muy importante tener presente que cuando el abusador es un adulto conocido, el abuso no es un episodio aislado sino, un proceso que se desarrolla en el tiempo. En un principio el abusador

manipula la confianza que el niño/a le tiene y, a través de la seducción (regalos, premios, preferencias, etc.), lo incita a participar en actividades sexuales que el abusador muestra al niño/a como juegos o comportamientos que ocurren normalmente entre un adulto y un niño.

De manera paralela, el abusador impone al niño la ley del silencio a través de amenazas y chantajes del tipo "si tu le cuentas a tu mamá, ella se morirá de pena" o "si alguien sabe a mí me llevarán preso y tú te irás a un orfanato".

Así, garantiza que el niño/a guardará el secreto. Además, utiliza con el niño/a un discurso denigratorio con el fin de descalificarlo/a y culpabilizarlo/a de lo que está ocurriendo.

En esta realidad, el niño/a queda atrapado en un sistema relacional muy confuso y contradictorio ("te quiero, pero abuso de ti"), y va incorporando a su auto concepto connotaciones negativas que el abusador le transmite. El niño/a empieza a sufrir una fuerte estigmatización, se siente sucio, malo, culpable, impotente y con una tremenda falta de control. Todo esto dificulta que el niño/a divulgue lo que le está sucediendo.

#### 2.2.7.2. ¿Puede una persona inventar un abuso?

No. Los niños, cuando describen un abuso manejan información que por su desarrollo no podrían conocer de otra manera. En esos casos, el niño ha sido sometido a la observación de contenido erótico o ha sido víctima de abuso. Por otra parte, los niños pueden llegar a inventar algo para evitarse un problema (por ejemplo, miento porque me saqué una mala nota), pero no mienten para ganarse un problema o castigo.

Si se niega el abuso se causa un sentimiento de desprotección en el niño/a, y se facilita el actuar de los abusadores. Pensar que los niños mienten, que el abuso es poco frecuente, que sólo lo sufren las niñas, que los abusadores son locos o de apariencia peligrosa, o que no ocurre dentro de la familia, son mitos que sólo evitan enfrentar a una realidad dolorosa y traumática que, a pesar de no ser fácil afrontar, es muy necesaria para la protección de los niños y niñas.



### 2.2.7.3. ¿Cómo sospechar que un niño/a está siendo abusado?

Se debe estar atentos a cambios en el comportamiento de los niño/as como agresividad, inhibición o sensibilidad extrema, desconfianza, problemas en el dormir, baja en el rendimiento escolar, desinterés o rechazo inexplicable frente a los estudios, inusual mal comportamiento en clases, miedo a los adultos, etc.

#### a) Síntomas físico

- Moretes
- Heridas o mordidas sin causa alguna en diferentes partes del cuerpo
- Enrojecimiento
- Laceraciones o incluso sangramiento en los genitales o dolor y comezón en esta área.
- Contusiones o hemorragias en los genitales externos.
- Incontinencia urinaria o infecciones urinarias frecuentes que avanzan con rapidez.
- Trastornos del sueño, insomnio o pesadillas recurrentes.
- Enfermedades venéreas.
- Cambio abrupto de peso.
- Dificultades para caminar o sentarse

#### b) Conducta

- Intranquilidad., ansiedad y llanto inexplicables
- Insomnio, pesadillas
- Falta de apetito
- Fugas crónicas
- Desconfianza
- Regresiones
- Retraimiento, el niño se aísla de otros, se aparta del grupo
- Apático

- Dificultades en la escuela; bajo rendimiento, dificultad para concentrarse
- Ausentismo
- Mensajes confusos , el niño se niega a ir a casa de un amigo o pariente sin razón aparente.

#### 2.2.7.4. Victimología

Para hablar de victimología, primero se debe hablar de la naturaleza humana como un conjunto de las cosas corpóreas y los fenómenos vinculados a ella; tomando en cuenta que la necesidad humanas es todo aquello que necesita una persona para atender su vida; proporcionándole todos los satisfactores internos y externos que le provocan ese bienestar.

Por lo expuesto anteriormente, se pueden exponer varias definiciones relacionadas al tema:

- Ciencia que estudia a la víctima de un delito, auxiliar de la Ciencia en Derecho Penal.
- Elemento personal que sufre las consecuencias de un delito, es un ser humano que debe de dársele la atención pertinente y que además es importante para la investigación y condena del responsable.

Se deben estudiar las condiciones y aspectos de la personalidad de quien resulte víctima de un delito, desde el punto de vista preventivo, emotivo, biológico, psicológico y sociológico. En Jerusalén, Israel, en el año de 1973 se llevó a cabo el primer simposio sobre este tema, donde se reconoció que el abogado israelita Benjamín Mendelsshon desde el año de 1940 había creado el vocablo: Victimología al estudio científico de la víctima. En 1979 se llevó a cabo el tercer Simposio Internacional de Victimología, en Münster Alemania, fundándose la Sociedad Mundial de Victimología. Reconociéndose que Hans Von Hentwig determinó la conexión y diferencia entre los términos: delincuente y víctima, víctima latente ahora llamado vulnerable.

##### 2.2.7.4.1. Víctima

- Se llama así a la persona que sufre violencia injusta en sí o en sus derechos.

- Es el ser humano que padece daño en los bienes jurídicamente protegidos: vida, salud, propiedad, honor, honestidad, etc. por el hecho de otro e incluso por accidente debido a factores humanos, mecánico o naturales, Elías Neuman (Doctor en Derecho y Ciencias Sociales, Profesor en Criminología, Victimología y Control Social Buenos Aires, Argentina).
- Persona que individual o colectivamente hayan sufrido daños, incluido lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas financieras o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Aplicable a todas las personas sin distinción alguna, ya sea de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, nacionalidad, opinión política o de otra índole, creencias o prácticas culturales, situación económica, nacimiento o situación familiar, origen étnico o social o impedimento.

#### 2.2.7.4.2. Clases de Víctima

- Directa: son aquellos seres humanos que reciben directamente el daño o perjuicio causado por el hecho delictivo, en su integridad física o en sus propiedades.
- Indirecta: son aquellos seres humanos, que sin ser ellos los afectados en su integridad física, propiedad o bienes, sufren las consecuencias de un hecho delictivo, en virtud que son parte del núcleo familiar principalmente, de la víctima directa.

#### 2.2.7.4.3. Victimario

Dentro de una acción delictiva, siempre está presente el electo personal, que en derecho penal, se le denomina sujeto activo del delito, y es quien produce daño a otra como resultado de su acción jurídica.

## 2.3. Psicopatología

El término Psicopatología, etimológicamente *psyché (psyjé)*: alma o razón. *páthos (pazos)* enfermedad, *logía*: o *lógos*, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en dos sentidos:

- a. Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como enfermedades mentales.
- b. Para denotar conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico formal. Por otro lado, se puede decir que la psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.

De acuerdo al modelo psicodinámico, por ejemplo, los procesos psicológicos son la causa principal de los problemas mentales y psicosomáticos.

La perspectiva biomédica trata a los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la corrección de tales anormalidades orgánicas.

En este sentido, un comportamiento anormal es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo.

La psicopatología considera que los trastornos mentales orgánicos son aquellos que tienen causas físicas evidentes, como el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales son los patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales.

Por último, el modelo conductual de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje a partir del ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en el lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

### 2.3.1 Antecedentes

La psicopatología vista desde el punto de vista de los historiadores, tienen como objetivo entender como sentían y vivían las personas desde los tiempos antiguos hasta nuestros días. La historia de la psicopatología se vienen desarrollando desde época griega, el imperio romano edad media hasta el siglo catorce con el mundo árabe luego en Europa el renacimiento y las diferentes corrientes psicopatológicas.

Durante la época griega los enfermos mentales peregrinaban a los templos a rezar para curarse. En una buena parte de la cultura, griega se entendía la locura como posesión de un demonio. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen hablar y describir enfermedades con un origen físico. Es en esta época cuando aparece el juramento Hipocrático. Hipócrates dice que algunas enfermedades mentales tienen origen en el cuerpo; habla de la depresión post parto, los delirios por infecciones etc. Describe perfectamente los cuadros febriles de los procesos infecciosos, cuadros de histeria e histrionismo y de la paranoia entre otros.

Hipócrates dice que la enfermedad mental tiene un origen somático. Encontró una explicación de la enfermedad mental, como causas biológicas.

Para los romanos los trastornos mentales eran pasiones y deseos insatisfechos que implicaban en enfermedad mental. La locura como atenuante de la imputación de responsabilidad por acciones delictivas: pero era el juez no el médico el que decía si estaba loco o no.

Galeno (130-200 d.C) médico famoso. Reunió y coordinó todo el conocimiento médico de sus predecesores. Describió las enfermedades mentales y habla de “Trastornos Mentales”. Localizó el alma racional en el cerebro. Sus estudios de las lesiones cerebrales le llevaron a postular que

las lesiones encefálicas de un lado se corresponden con alteraciones en las extremidades del lado opuesto.

En Francia, *Philippe Pinel*-(1745-1826), clasifica las enfermedades en 4 tipos: Manía (dice que no posee lesión orgánica (sería neurosis), Melancolía, Idiocia y Demencia (Explica el origen de estas enfermedades por la herencia y las influencias ambientales); acuña el término de Personalidad anormal; cambia la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales: Defensor del Tratamiento moral: “liberó a los pacientes de sus cadenas”, se pedía participar al paciente en tareas terapéuticas estructuradas. Admite que los trastornos son debidos a la herencia y el ambiente.

Tomás de Aquino, tomó una posición organicista, es decir, que el loco tenía el problema de tener dañado un órgano. Atribuía a problemas físicos la enfermedad mental. Durante el siglo XV Renacimiento, pasaron por la hoguera un número superior a 150.000 personas dementes. Eran personas ajusticiadas, por motivo de su trastorno mental.

Juan Luís Vives, era un médico valenciano, afincado en Flandes. Dijo, en su libro “el alivio de los pobres”, que había que aplicar tratamientos a los dementes, por lo cual murió en la hoguera. De hecho, la psicopatología, como ciencia, no se instaura hasta el siglo XIX. El objeto de la psicopatología es la descripción, observación y evaluación de la conducta anormal, investigación de las causas y factores mantenedores y productores de la conducta anormal.

#### 2.3.4. Principales trastornos psicopatológicos

##### I. Anorexia

Los problemas de anorexia se remontan a muchos siglos atrás. En la edad media ya aparecen muchos casos de anorexia. El ayuno era un medio para que el espíritu triunfara y no la carne. Estar sin comer era considerado como un signo de santidad. A esta anorexia sufrida por el seguimiento a Dios se llamó " Anorexia santa".

La palabra anorexia era utilizada por los médicos como sinónimo de falta de apetito, inapetencia y ciertos trastornos del estómago.

Richard Morton fue el primero que hizo una descripción del cuadro de anorexia. Describió a una paciente de 18 años que presentaba los síntomas propios de la anorexia nerviosa: adelgazamiento, dedicación obsesiva al estudio, pérdida de apetito.

En el siglo XX se conoce la anorexia nerviosa como un miedo a engordar, pero antes del siglo XX no se tenía muy claro si las muchachas que la padecían tenían miedo a engordar o no. Esto se cuestionaba ya que muchas motivaciones eran religiosas o espirituales. Por otro lado, las sociedades primitivas creían que las mujeres gordas tenían más atractivo sexual que las delgadas. Un cuerpo de mujer abundante era signo de lujo, la delgadez era símbolo de muerte, por esto mismo no se podría decir que las mujeres quisieran adelgazar para ser más atractivas.

## I.1 Definición

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan" y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anorexígenos, diuréticos.

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio.

El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye cada vez más y de una manera alarmante. Se produce una distorsión de la imagen corporal, lo que obliga a mantener la dieta.

El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo y no suele tener conciencia de la enfermedad. Esta malnutrición produce alteraciones, síntomas y trastornos: hipotensión, alteraciones de la piel, caída de cabello, trastornos gastrointestinales, etc. También

se dan síntomas de ansiedad, depresión y obsesivos. Esta malnutrición también provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social e incluso ideas de muerte y suicidio.

## I.2. Señales de alarma de la anorexia nerviosa

1. Comer como si estuviera a dieta, a pesar de que ya está muy delgada.
2. Usar ropas muy holgadas o demasiado grandes.
3. Estar preocupadas por el peso, por conseguir dietas y por la figura.
4. Experimenta cambios de personalidad.
5. Experimenta vértigos, desmayos, pérdida de conocimiento y dificultad para concentrarse.
6. Temor a aumentar de peso o engordar.
7. Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo.
8. En las mujeres, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.
9. Ausencia de otro trastorno físico o psiquiátrico que pudiera justificar la pérdida de peso o la negativa de comer.
10. Comienzo del tratamiento antes de los 25 años de edad.
11. Presencia de al menos 2 síntomas fisiológicos asociados a la anorexia nerviosa. Éstos son:
  - Osteoporosis. Los huesos se vuelven más frágiles.
  - Desarrollo de vello muy fino por todo el cuerpo.
  - Hipotensión, o presión anormalmente baja.
  - Corazón debilitado.
  - Indigestión después de la escasa comida que consume.
  - Sensación de debilidad o cansancio.
  - Problemas de sueño.
  - Anemia debido a la falta de hierro y proteínas.
  - Anormalidades hormonales: ausencia de los períodos menstruales.



## I.3 Características psicológicas de la anorexia nerviosa

### a. Imagen corporal

La mayoría de las anoréxicas perciben una imagen corporal distorsionada porque se ven demasiado gordas sin hacer caso de lo escuálido que está su aspecto.

Uno de sus principales temores es llegar a estar gorda y la decisión de mantener un peso corporal bastante bajo a cualquier precio.

### b. Un acontecimiento crucial

Éste se refiere a la inmediata adultez de la joven y la independencia que la sociedad espera que ella logre. A medida que se vuelve más delgada y más débil, la anoréxica requiere más atención de quienes la rodean, y ya no tiene que preocuparse por salir sola ya que sino, supondría un mayor control sobre su vida propia.

### c. Satisface varias necesidades conflictivas

La libera de parte del estrés de entrar en la adultez y lograr la independencia, mientras que atrae la atención de los padres y ofrece una medida de control de su propia existencia.

A través de estas características psicológicas se puede observar dos tipos de anorexia:

- Anoréxicas austeras: comienzan perdiendo peso a través de dietas y ejercicio, por lo general ayudadas con laxantes, píldoras de dieta y/o diuréticos.
- Anoréxicas voraces: muestran características de la bulimia nerviosa, es decir, que pasan por atracones y vómitos.
- Un historial de ligero sobrepeso: Estas chicas comienzan teniendo un ligero sobrepeso por lo que comienzan con dietas estrictas y luego no se detienen cuando llegan al peso buscado sino que, se agradan, y continúan perdiendo peso.
- Un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes: Intentan agradar a los demás a expensas de su propia felicidad por lo que desarrollan una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás.

- Intentan mantener el control sobre su entorno porque no tienen control sobre su propia vida. Esto además conlleva a que tengan miedo a enfrentarse a situaciones nuevas y así les surgen los problemas de identidad y control.
- Elección de una afición o una carrera que concede gran importancia al peso: Las carreras de bailarina, actriz, modelo y deportista, fomentan esta enfermedad porque se le concede un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable.

## I.4 Factores determinantes de la anorexia

### a. Factores familiares:

Muchas de las afectadas proceden de familias afectuosas y cariñosas pero hay una serie de factores que la van a conllevar a la anorexia. Está comprobado que las familias de las anoréxicas están situadas en los estratos socioeconómicos medios y altas de la sociedad. Tal hecho supone conductas, valores y relaciones personales diferentes de la persona que pertenecen a otros estratos además de existir una tendencia a que los padres de las anoréxicas tengan edades avanzadas

### b. Concesión de una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso y el aspecto:

Este caso puede ocurrir cuando los padres están relacionados con algún tipo de relación estrecha con la comida: restaurantes, trabajan en la industria alimentaria.

Casos de anorexia nerviosa en la familia y trastornos anémicos en familiares cercanos: la mayoría de los casos suelen darse porque algún familiar haya ya padecido anorexia o algún trastorno emocional como depresión o manía depresiva.

Insistencia exagerada en el aspecto y los logros por parte de uno o ambos padres: muchas veces se someten a dietas para agradar a uno de sus padres lo que la lleva a abarcar sentimientos negativos como la cólera.

Una relación excesivamente estrecha con los padres, excesivo control: los padres llevan un excesivo control sobre ellas llegando a tomar sus propias decisiones y gobernando su propia vida porque tienen puestas muchas expectativas en ellas. Ellas intentan satisfacer completamente los

deseos, necesidades y sus expectativas, y al hacerlo dejan de expresar sus propios deseos produciendo una falta de reconocimiento de sí misma como un individuo con derecho propio.

c. Otros problemas de la familia:

Muchos trastornos que puedan haber dentro de ella como el alcoholismo lo que lleva a la niña a que se centren en ella y descuiden sus problemas. Todos estos problemas están entrelazados. Los trastornos vienen por pasar toda la vida en un entorno social y familiar particular. Los miembros de una familia casi nunca se dan cuenta del impacto de su conducta en la futura paciente.

d. Presión social y estereotipos sociales:

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en las distintas épocas de la historia del mundo occidental. El modelo de belleza femenino de la época de Rubens es muy distinto al actual. Los cambios históricos acarean cambios culturales y cambios en los patrones estéticos y corporales.

La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características, padecen baja autoestima. Los estereotipos estéticos suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, de las clases más elevadas a las más bajas. También se sabe que los valores del mundo anglosajones, en especial EEUU, ejercen una gran influencia sobre el resto del mundo y que pronto serán implantados en otros países.

## I.5 El proceso del tratamiento

Evaluación: antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interno o externo, debe ser evaluado:

Su estado físico y mental general.

- La gravedad de su trastorno.
- La eventual existencia de trastornos concurrentes.

- Su voluntad para cambiar.

Para que la terapia de resultado, los médicos y terapeutas necesitan la mayor información acerca de la persona a quien intentan ayudar de manera que el terapeuta pueda adaptar la terapia a cada paciente.

## II. Depresión

Los sentimientos de tristeza y desaliento son reacciones emocionales normales a situaciones difíciles. Pero cuando estos sentimientos persisten por más de unas semanas, podrían ser signo de un trastorno del estado de ánimo llamado depresión.

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes. Puede manifestarse a cualquier edad, y una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres experimentará depresión en algún momento de sus vidas. Casi el 90 por ciento de aquellas personas que sufren de depresión podrían ser tratadas eficazmente. Aquellas personas que reciben tratamiento sienten su beneficio. Pero muchos no reciben tratamiento, en gran parte porque no reconocen la enfermedad o no se dan cuenta de sus síntomas, echándole la culpa a la gripa, estrés, poco descanso o mala alimentación. Si no se la trata, la depresión puede conducir al suicidio.

Si las personas reconocen los síntomas y las pautas en forma temprana y solicitan tratamiento, pueden evitar un sufrimiento innecesario. La depresión es una enfermedad tratable, ocasionada por un desequilibrio de las sustancias químicas del cerebro llamados neurotransmisores. No es una falla en el carácter o un signo de debilidad personal. No se puede hacer que mejore con tratar de "olvidarla." Aunque esta enfermedad puede estar presente en cualquier familia, no puede ser adquirida de otra persona. Las causas directas de la enfermedad no están claras, sin embargo, se conoce que la química del cuerpo puede provocar un trastorno depresivo, originado por la experiencia de un evento traumático, cambios hormonales, cambios en los hábitos de salud, la presencia de otras enfermedades o el abuso de sustancias.

## II.1 Tipos de depresión

La depresión se manifiesta en formas diferentes, y algunas de ellas pueden superponerse. Los psiquiatras pueden dar más de un diagnóstico, ya que la enfermedad a menudo está ligada con otros problemas como abuso de sustancias, trastornos relacionados con la comida o trastornos de ansiedad.

La depresión clínica se refiere a una condición lo suficientemente seria como para requerir atención profesional. Se dice que una persona que sufre de depresión aguda durante un período corto, ha tenido un episodio de depresión clínica. La depresión grave se caracteriza por síntomas más agudos o exagerados.

Cuando una persona exhibe síntomas depresivos leves, en forma consistente, se dice que esa persona sufre de un trastorno distímico. Cuando una persona con distimia sufre un episodio de depresión aguda, se lo denomina depresión doble. También existe otro tipo de depresión identificada más recientemente, conocida como trastorno estacional afectivo (SAD, por sus siglas en inglés), que se desencadena por los cambios de las estaciones del tiempo, influido por las condiciones climáticas y la cantidad de luz de día disponible. Otro tipo de depresión aguda es la maníaco-depresión o trastorno bipolar, llamada así porque las personas que la padecen, no sólo pasan por momentos bajos de la depresión sino también las euforias de la manía.

## II.2 Causas

Si bien las investigaciones han logrado una vasta explicación acerca de la depresión, los científicos todavía no han podido encontrar el mecanismo exacto que la desencadena. Existe una gran posibilidad de que no haya una simple causa. Sin embargo, estudios recientes han conectado a la depresión con cambios genéticos en la composición química del cuerpo. Estos cambios generalmente involucran un desequilibrio en los neurotransmisores (sustancias químicas que permiten que las células del cerebro se comuniquen), en particular serotonina y norepinefrina.

Otros factores, como relaciones familiares negativas, enfermedades graves, pérdidas o cambios significantes y abuso de sustancias pueden causar o complicar la depresión. Los familiares cercanos de personas con depresión tienen más posibilidades de contraer depresión o maníaco-depresión que la población en general.

## II.3 Síntomas de depresión

A menudo se confunde una verdadera depresión clínica por una tristeza ocasional, desaliento, desilusión o melancolía. Estos sentimientos generalmente están presentes en la depresión, pero en una forma más intensa y prolongada. Las personas que sufren de depresión probablemente exhibirán uno o más de los siguientes comportamientos:

- Tristeza prolongada o ataque de llanto sin explicación
- Cambios importantes en los hábitos alimenticios y de sueño
- Irritabilidad, enojo, preocupación, agitación y ansiedad
- Pesimismo e indiferencia
- Pérdida de la energía y letargo persistente
- Sentimientos de culpa y baja autoestima
- Incapacidad para concentrarse e indecisión
- Incapacidad para disfrutar intereses anteriores y aislamiento social
- Achaques y dolores inexplicables
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

## II.4 Tratamiento

El tratamiento para la depresión puede incluir medicamentos, terapia hablada u otras estrategias que usted y su proveedor de servicios médicos pueden desear tratar. El tratamiento correcto es el que mejor le funcione a cada persona.

La buena noticia es que todas las enfermedades psiquiátricas, la depresión es la que más responde al tratamiento. Con la atención adecuada, aproximadamente el 80% de las personas con depresión mayor, experimentan mejoras significativas y llevan vidas productivas, incluso se

puede ayudar a aquéllas personas con depresión severa. Sea paciente y persistente. No pierda las esperanzas y recuerde que no está solo.

#### a. Medicamentos

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) ha aprobado docenas de medicamentos para tratar la depresión. Estos medicamentos se dividen en diferentes clases; cada una tiene una estructura química diferente que actúa sobre diferentes sustancias químicas del cerebro. Es importante recordar que todos los medicamentos aprobados por la FDA para tratar la depresión son efectivos, sólo que no funcionan de la misma manera en todas las personas. Usted debe trabajar de cerca con su médico para determinar cuáles funcionan mejor para usted. Algunas veces esto puede involucrar tratar con más de un medicamento o una combinación de éstos. Nunca cambie su dosis o descontinúe sus medicamentos sin consultar a su médico.

#### b. La terapia hablada

La psicoterapia o "terapia hablada", es una parte importante del tratamiento para la depresión en muchas personas. Algunas veces, ésta puede funcionar sola, cuando se trata de casos de depresión leve a moderada o puede ser utilizada en conjunto con otros tratamientos. Las personas que sufren de una depresión profunda, es posible que no se beneficien de la psicoterapia, hasta que sus síntomas hayan sido controlados con otro tipo de tratamiento.

Un buen terapeuta puede ayudarle a modificar sus patrones de conducta o emocionales que estimulan la depresión. Existen varios tipos de psicoterapia: interpersonal, cognitiva conductual, terapia de grupo, para parejas y familiar, por nombrar algunas. Investigue los diferentes tipos y encuentre la indicada para usted. Los psicoterapeutas, si bien son profesionales altamente calificados, no son médicos, por lo tanto, no pueden recetar medicamentos.

Si usted y su terapeuta consideran que se podría beneficiar de los medicamentos, usted necesita consultar a un psiquiatra o médico general.

La **depresión** hace que la persona se sienta cansada, sin valor, impotente y sin esperanzas. Es importante destacar que estos sentimientos son resultado de la depresión y que no reflejan con exactitud la verdadera situación de la persona.

### III. Trastorno bipolar

El trastorno figura entre una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentemente infradiagnosticadas. Quienes padecen esta afección suelen presentar fluctuaciones en su humor y en su conducta. Clásicamente se describen dos fases: una depresiva y otra maníaca.

La fase depresiva se caracteriza por presentar un descenso del humor o humor deprimido, presencia de pensamientos pesimistas, baja autoestima, reducción de la energía, lentitud o retardo psicomotor, dificultad en la toma de decisiones y pensamientos recurrentes de muerte.

En cambio, en la fase maníaca el paciente presenta un humor elevado y expansivo, con sensación de euforia, con ideas de grandeza, hiperactividad, agitación motora, disminución de la necesidad de dormir, verborragia, fuga de ideas, irritabilidad y conductas temerarias.

La bipolaridad es un desorden caracterizado por cambios extremos de ánimo, energía y habilidad para funcionar. Los cambios de ánimo ocasionados por la bipolaridad son diferentes de los decaimientos normales. Aquellos pueden lastimar las relaciones interpersonales y causar un pobre desempeño en el trabajo en la escuela y con frecuencia se asocian a los síntomas psicóticos, tales como las alucinaciones, desilusiones o con desórdenes del pensamiento. Los dos extremos de la enfermedad son la manía (cuando la energía llega a su máximo punto para convertirse en euforia o irritabilidad) y la depresión (cuando aparece el letargo y el estado de ánimo es gris).

#### III.1 Causas

Aunque la causa de la bipolaridad por mucho tiempo se ha dicho que es desconocida, hoy se sabe que las células nerviosas trabajan en conjunto, dentro de sistemas de redes neuronales. El correlato neurobioquímico en esta afección a nivel de sistema nervioso central, estaría dado por



una modificación en la concentración de ciertos neurotransmisores, fundamentalmente serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA). Este es uno de los factores que contribuirían al desarrollo del trastorno bipolar. La terapéutica de este trastorno del estado de ánimo actúa sobre diversas estructuras de las neuronas, entre ellas el ADN logrando restablecer el equilibrio en la concentración de los neurotransmisores más comprometidos. Son estas modificaciones principalmente las que contribuirían a la estabilización de humor y la conducta del paciente.

Algunos padecimientos pueden presentar rasgos de bipolaridad, como la enfermedad de la tiroides y el mal de Parkinson. La bipolaridad se diagnostica sólo cuando no se presenta ninguno de los trastornos antes mencionados.

### III.2 Síntomas

Los síntomas incluyen:

- Cambios dramáticos del estado de ánimo, que van de una elevada emoción a desolación sin esperanza
- Periodos de estados de ánimo normales entre las subidas y bajadas de ánimo
- Cambios extremos en la energía y en el comportamiento

Periodos de entusiasmo intenso, llamados manía. Las señas y síntomas de la manía incluyen:

- Elevación del estado de ánimo persistente e inexplicable
- Energía elevada y esfuerzos enfocados a algunas actividades
- Agitación y no poder estarse quieto
- Pensamientos asiduos, saltar de una idea a otra
- Habla rápida o presión para seguir hablando
- Problemas de concentración
- Disminuida necesidad de dormir
- Demasiada confianza o autoestima muy elevada

- Falta de juicio, que con frecuencia se relaciona a gastos excesivos o indiscreciones sexuales

Los periodos de desánimo se conocen como depresión. Los signos y síntomas de la depresión incluyen:

- Tristeza prolongada, desesperanza o falta de ánimo
- Sentimientos de culpa, poca valoración o impotencia
- Falta de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban, incluyendo las sexuales
- Falta de energía o fatiga
- Problemas para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Incapacidad para relajarse o disminuir movimientos, agitación
- Dormir demasiado o muy poco
- Perder o ganar peso
- Pensar en la muerte o en el suicidio con o sin intentos de llevar este último a cabo

### III.3 Tratamiento

El tratamiento del desorden de la bipolaridad incluye medicamentos, psicoterapias y/o terapia electroconvulsiva.

#### a. Medicamentos

- Litio - estabilizador del ánimo, con frecuencia utilizado como tratamiento inicial, (ayuda a prevenir la reaparición de episodios maníacos y depresivos)
- Valproate (Depakote) y Carbamazepina (Tegretol) - medicamentos antiataques, también usados como estabilizadores de ánimo en vez o en combinación con el litio
- Benzodiazepinas - clonazepam (Klonopin) o lorazepam (Ativan) pueden usarse para tratar la agitación o el insomnio
- Zolpidem (Ambien) - usado para tratar el insomnio
- Antidepresivos - inhibidores de la recaptación de serotonina o bupropion (Wellbutrin) pueden ser usados para tratar la depresión

- Antipsicóticos - usados si los pacientes presentan un comportamiento psicótico del comportamiento con cambios de ánimo extremos

## b. Psicoterapia

La psicoterapia puede incluir:

- Terapia cognitiva del comportamiento
- Ayuda emocional profesional
- Terapia familiar
- Terapia interpersonal

## IV. Esquizofrenia

La palabra esquizofrenia viene del griego *schizo* que quiere decir: división o escisión; y de *phrenos* que quiere decir: mente. = mente escindida. La esquizofrenia es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Las personas que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

Es una enfermedad mental grave. Se trata de un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas en muy diversos aspectos psicológicos como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Es una clase de psicosis (término genérico aplicado a los trastornos mentales de etiología orgánica en los que se presentan desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas delirantes y alucinaciones) que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial.

Una persona con este diagnóstico por lo general va a mostrar un pensamiento desorganizado (laxitud asociativa), delirio, alteraciones perceptuales (alucinaciones), alteraciones afectivas (en el ánimo y emociones) y conductuales. Los síntomas de la esquizofrenia son muy variados, lo

que sugiere que se trataría de varios trastornos y no de uno solo. Ninguno de estos síntomas es patognomónico de esta condición, lo que dificulta el diagnóstico.

#### IV.1 Posibles factores etiológicos

No existe una causa para que algunas personas sufran esta enfermedad, sino que hay atribuir la responsabilidad a todo un conjunto de causas:

- Herencia genética
- Alteraciones de la migración de poblaciones celulares durante el desarrollo embrionario.
- Patología del embarazo (como rotura prematura de membranas)
- Infecciones maternas, en especial la toxoplasmosis y la hipoxia perinatal
- El estrés ambiental ciertas condiciones psicosociales

Herencia genética: En el diagnóstico de esquizofrenia ha llegado a estimarse por sobre un 80% y hasta un 87% . Aún así, la investigación actual estima que el ambiente juega un considerable rol en la expresión de los genes involucrados en el trastorno. Esto es, poseer una carga genética importante no significa que la condición vaya a desarrollarse necesariamente.

El estrés: (carga emocional especial, como cambios en la vida matrimonio, viudez, nacimiento de un hijo, que son cambios permanentes) puede ser un desencadenante de la enfermedad. Las cargas emocionales excesivas desencadena los primeros brotes, los posteriores son provocados por situaciones de estrés aunque sean de carga leve.

La transacción familiar predisponerte, padres con trastornos graves en su personalidad, grupos familiares gravemente anormales, padres que le exigen al niño más de lo que su capacidad da debido al retardo que presentan, cuidado anormal: sobreprotección, restricción afectiva, conducta de “doble vínculo” uno de los progenitores muestra conducta dominante, brutal, agresiva o alcohólica.

## IV.2 Tipos de Esquizofrenia

T. Crown en 1980 propone una nueva subdivisión de la Esquizofrenia en tipos I y II, basadas en:

- La distinción entre síntomas positivos y negativos
- La respuesta al tratamiento
- Evidencia de anomalías estructurales del cerebro

Crown es el primero en reconocer que distinción entre síntomas positivos y negativos sirve para crear subtipos de esquizofrenia, para crear una tipología que facilite el estudio. También utiliza las distintas reacciones de los enfermos a los neurolepticos.

## IV.3 Síntomas de la esquizofrenia

Los primeros indicios de esquizofrenia probablemente pasan desapercibidos por la familia y los amigos. Las personas que sufren de esquizofrenia muchas veces exhiben uno o más de los siguientes síntomas, durante las primeras etapas de la enfermedad:

- Prolongada sensación de tensión
- Falta de sueño
- Mala concentración
- Aislamiento social
- Cambio en la personalidad

El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera. En la actualidad los síntomas se agrupan en cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, cognitivos, afectivos y sociales/ocupacionales.

## a) Los síntomas positivos son:

Exacerbaciones de fenómenos normales, o son fenómenos novedosos que no suelen ocurrir en otras personas. Incluyen: el delirio, alucinaciones, cambios de conducta, síntomas catatónicos y agitación. Son los síntomas que en general reciben el nombre de “psicosis”.

- Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos: angustia, excitabilidad.
- Síntomas positivos vegetativos: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios
- Síntomas positivos de la motricidad: comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

## b) Los síntomas negativos son:

Los que se consideran una pérdida o disminución de funciones psíquicas, presentes corrientemente en las personas. Se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento. Estos incluyen: un afecto embotado o plano, retraimiento emocional, apatía, pensamiento estereotipado, alogia (limitación en la fluidez y productividad del discurso y el pensamiento), avoliación (restricción en la iniciación de la conducta), falta de placer, falta de energía, insociabilidad.

- Un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo. Incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar.
- Relaciones con amigos y semejantes restringidas.
- Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.
- Problemas cognitivos de la atención: Deterioro de la atención, de la concentración, del procesamiento de la información, de la asociación lógica, pobreza ideativa (dificultad de elaborar nuevas ideas), dificultad para el aprendizaje en serie y trastorno de las funciones ejecutivas (planificar, secuenciar, priorizar, mantener la atención en la tarea, adaptarse a los cambios) Sólo es capaz de concentrarse esporádicamente. Se distrae en medio de una

actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales; se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema; Acaba bruscamente una discusión o tarea aparente. Provocan mayor discapacidad social.

Entre lo síntomas afectivos están el aplanamiento afectivo (también considerado un “síntoma negativo”), la disforia (irritabilidad, preocupación, tensión, etc.), el humor depresivo, desesperanza e ideas e intentos suicidas.

Entre los síntomas sociales/ocupacionales se encuentra la hostilidad, impulsividad, aislamiento y conducta antisocial. Naturalmente, no se requiere que estén todos estos síntomas en una sola persona, y para eso diversos autores han propuesto una serie de conjuntos sintomáticos como criterios para realizar el diagnóstico.

#### IV.4 Dimensiones o subtipos de esquizofrenia:

El DSM contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete.

Estos son:

##### a) Tipo paranoide

En este tipo predominan los delirios y alucinaciones sobre todo auditivas, Suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro. (El DSM exige que no haya discurso desorganizado ni afectividad inapropiada o plana).

##### b) Tipo desorganizado o hebefrénica:

Aquí predomina el discurso y comportamiento desorganizado, y una afectividad inapropiada o plana (suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo. Suele comenzar en edades tempranas como la pubertad (esquizofrenias juveniles y hasta psicosis infantil).

Los desarrollos hebefrénicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas de califican como esquizofrenia simple. El pronóstico suele ser desfavorable debido a la personalidad inmadura del enfermo.

#### c) Tipo catatónico:

Con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética (como muñeco de cera), trastorno del movimiento o movimientos motores; a pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna, puede llegar hasta el estupor catatónico. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo sólo se manifiestan en una aceleración del pulso.

#### d) Tipo indiferenciado:

En este tipo hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico. No predomina un síntoma concreto, es como la mezcla de los otros anteriores.

#### e) Tipo residual:

Aquí, los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad. Debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. Estos síntomas no se manifiestan en todos los enfermos.

### IV.5 Curso de la enfermedad

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio



esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos. Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presenta las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases:

1º. Fase Prodrómica: fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas.

2º. Fase activa: es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento. Es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días.

3º. Fase residual: no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave.

## IV.6 Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos, pero es necesario y a la vez complementario que el enfermo reciba un tratamiento psicosocial (psicológico, ocupacional y social), es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que este durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad, la normalización. Antipsicóticos o neurolepticos como: clorpromazina, litio.

El efecto de los antipsicóticos se describe como tranquilizador para casos de inquietud motora, conductas agresivas y tensiones interiores. Las alucinaciones, delirios y trastornos esquizofrénicos de la percepción prácticamente desaparecen con los fármacos.

Cuando los brotes de la enfermedad se repiten, el tratamiento permanente con neurolépticos ofrece una protección importante y relativamente segura contra las recaídas a crisis agudas.

La mayoría de los efectos secundarios aparecen en las primeras semanas del tratamiento. Hay que mencionar especialmente el cansancio, la sequedad de boca, los mareos y el aturdimiento, los trastornos circulatorios y de la vista, estreñimiento, dificultades para orinar, espasmos musculares, síndrome de parkinson, aumentan la sensibilidad a la luz solar, aumento de peso, limitaciones en el ámbito sexual por hiper o hipoexcitación, en las mujeres irregularidad en la menstruación. Todos los efectos secundarios están descritos en los papeles de instrucción incluidos en las cajetillas de los medicamentos. A menudo, estas descripciones causan una profunda inseguridad a los afectados y sus familiares, por lo que es muy importante darles informaciones precisas.

Hay que mencionar que existen contrarrestantes para radicar los efectos secundarios, además la terapia farmacológica, para el tratamiento de la esquizofrenia no se basa únicamente en antipsicóticos, estos suelen ir acompañados de antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del humor. Efectos indeseables no neurológicos como ictericia (coloración amarillenta de la piel), fiebre alta, anemia aplásica, hipersensibilidad dérmica, hipotensión, incremento de peso y en casos extremos "síndrome neuroléptico maligno" que puede llevar a la muerte.

Frecuentemente se interna al paciente para estabilizar la medicación, evitar que se lastime o que dañe a otros, protegerlo de las ideas suicidas u homicidas, para proveerle cuidados básicos, alimento, higiene, reducir el nivel de estrés y ayudarlo a estructurar sus actividades diarias.

La duración dependerá de la gravedad del padecimiento y de la disponibilidad de recursos para el tratamiento ambulatorio. También se siguen terapias electroconvulsivas en pacientes catatónicos o que no pueden tomar medicación antipsicótica.

En un primer momento la psicoterapia individual es contraindicada, no así la terapia grupal o familiar que suelen ser muy beneficiosas. Las intervenciones psicosociales refuerzan la capacidad de la persona para enfrentarse al estrés o adaptarse a los efectos de la enfermedad.

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a

manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad. Lo importante es que puedan tener un comportamiento adecuado dentro del hogar así como una mejor vida social.

## V. Trastornos de la personalidad

El trastorno de personalidad múltiple, ahora llamado, *Trastorno de Identidad Disociativo*, consiste en la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio). Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo. La disociación es un estado en el que una persona se separa de la realidad.

La persona con un trastorno de identidad disociativo es incapaz de recordar información personal importante debido a que se trata de acontecimientos que han ocurrido cuando otra de las identidades tenía el control. En la "personalidad múltiple", la persona se "olvida" de sí misma involuntariamente y se transforma en otra, repitiendo este proceso frecuentemente en varias personalidades, de las cuales existe por lo general una o dos que prevalecen.

Lo que es interesante es que cada una de estas personalidades tiene su propia forma de ser, sentir, pensar y reaccionar, y hasta en ocasiones una no está de acuerdo con la otra.

El Trastorno de Personalidad Múltiple se caracteriza porque el enfermo no tiene conciencia de su problema, o por lo menos no la ha desarrollado a su voluntad. La disociación es a veces un recurso necesario y común, para muchos adultos que intentan olvidar una situación en particular de su vida, por un tiempo.

La gente con este trastorno puede manifestar síntomas postraumáticos, por ejemplo. Pesadillas, sobresaltos o un trastorno por estrés postraumático. Asimismo; es posible que haya auto mutilación, comportamiento suicida y agresivo. ¿Cuándo puede comenzar de nuevo el trastorno? Comienza a edad temprana, antes de los 12 años, y responde muy frecuentemente a una respuesta traumática por abuso sexual, físico y/o emocional.

La desconexión cumple la función de distanciarse o disociarse del evento traumático, como engañándose a uno mismo para no aceptar el dolor emocional. en la mentalidad de un niño este mecanismo funciona, ya que ellos pueden contar con el poder de la magia y la imaginación, tratando de hacer desaparecer lo que no es agradable. Así es cómo se desarrolla una amnesia disociativa, perdiendo la memoria de lo ocurrido, aunque quede registrada en la mente y reaparezca con estímulos que recuerden el trauma, tales como olores, palabras, colores, sonidos, imágenes, sabores, etc.

## V.1 Causas.

El trastorno de identidad disociativa es un mecanismo de defensa para poder sobrellevar el dolor y el miedo provocado por: abuso repetido durante la infancia, Casi siempre en forma de abuso sexual, perpetrado de un modo uno los padres u otro miembro de la familia, que en otros momentos se encarga también de atender y cuidar al niño.

El trastorno es más grave en aquellos niños cuyo padre o madre (u otro miembro de la familia), además de abusar sexualmente de ellos, es capaz de ofrecerles amor y protección simultáneamente. Cuando este estado resulta abrumador, se alzan las defensas psíquicas en forma de disociación.

## V.2 Características.

- Que la víctima tenga una predisposición psicobiológica para disociar como mecanismo de defensa.
- Que suceda un acontecimiento traumático que desencadene la disociación.
- Que sucedan traumas repetidos que encadenen las diversas disociaciones en una nueva identidad.
- Es decir, no todas las personas que han tenido un episodio disociativo como respuesta a un trauma desarrollan un trastorno de identidad disociativo. Para ello es necesario que el trauma sea repetido a lo largo del tiempo.

### V.3 Síntomas

Experimentan voces dentro de su mente, no fuera como sucede en las alucinaciones, en estos pacientes son frecuentes la desconfianza y la sospecha sobre las intenciones de los demás, generalmente como consecuencia del abuso y maltrato.

La personalidad principal (aquella que tiene el control la mayor parte del tiempo) tiene periodos de amnesia, pues durante esos periodos otra personalidad ha tenido el control. Pueden existir personalidades completas o sólo fragmentos. Estos fragmentos existen sólo por periodos limitados y con un propósito concreto. Normalmente una sola persona no tiene más de entre 2 y 10 personalidades completas, aunque puede tener una gran multitud de fragmentos que aparecen y desaparecen según las necesidades.

Con el abuso (trauma) repetido se producen repetidos episodios de disociación, en los que el niño separa determinadas emociones, conductas o pensamientos de su conciencia. La barrera de la amnesia impide que una personalidad pueda llegar a ser del todo consciente de las vidas de las otras personalidades, aunque sí puede sospechar algo.

### V.4 Diagnóstico

- El médico basa el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en la expresión por el sujeto de tipos de comportamiento o pensamientos desadaptados. Estos comportamientos tienden a manifestarse porque la persona se resiste tenazmente a cambiarlos a pesar de sus consecuencias desadaptadas.
- Además, es probable que el médico perciba el uso inapropiado de la persona de mecanismo de enfrentamiento, a menudo llamados mecanismos de defensa.

Aunque todo el mundo utiliza inconscientemente mecanismos de defensa, la persona con trastornos de la personalidad los usa de modo inapropiado o inmaduro.

## V.5 Tratamiento

El TID se trata como un trastorno complejo, crónico, con base traumática.

- Fija límites a este comportamiento
- Enfrenta a la persona con la realidad.
- Implicar a la familia de la persona
- Terapias de grupo y familiares
- Vivir en grupo en residencias especializadas
- La participación en clubes sociales terapéuticos o en grupos de autoayuda pueden ser útiles.
- La terapia farmacológica
- Si la persona padece otro trastorno psiquiátrico, como depresión mayor, fobia o trastorno por pánico, la toma de medicamentos puede resultar adecuada, aunque posiblemente producirán sólo un alivio limitado.
- La psicoterapia a largo plazo, con el objetivo de ayudar a la persona a comprender las causas de su ansiedad y a reconocer su comportamiento desadaptado, es la clave de la mayoría de los tratamientos.

Puede emplear un amplio rango de psicoterapias:

- Cognitiva-conductual
- Psicodinámica,
- De apoyo,
- Hipnoterapia, para ayudar al paciente con estas tareas. intervenciones familiares, matrimoniales, sociales y educativas.
- La terapia de grupo homogéneo para pacientes con TID puede ser efectiva si se estructura de manera cuidadosa para enfocarse en la adaptación actual a la vida y no a los traumas pasados.

## VI. Psicopatías

Durante el período comprendido entre los años 1920 y 1930, la investigación de los orígenes de la psicopatía provoca el enfrentamiento de dos escuelas opuestas, la freudiana y la constitucionalista, la primera basada en los conflictos internos, afirmaba que la falta de desarrollo del superyó se debía a la presencia de frustraciones en la infancia.

La escuela constitucionalista, diferenciaba a estos sujetos diciendo que eran constitucionalmente diferentes a los individuos sanos y que tenía una base orgánica.

Paralelamente a estas dos escuelas surge un tercer punto de vista y es la explicación sociológica del fenómeno, que intentaban demostrar que el crimen tenía un origen enteramente social, surgiendo varios autores que se adscribieron en las décadas de 1950 y 1960.

En los últimos años se ha ido reemplazando el concepto de "psicopatía" por otro concepto de naturaleza más sociológica, el TAP, "Trastorno Antisocial de la Personalidad" (DSM-III, APA 1980). se constituye, por lo tanto, en un componente central y sirve para diferenciar a las personas aquejadas de este trastorno del resto de los delincuentes, que al menos poseen una cultura delictiva con la que se pueden identificar y que son capaces de funcionar adecuadamente dentro de su grupo, manifestando lealtad, sentimientos de culpa y afecto (Garrido, 1993).

En la actualidad los sustantivos referidos anteriormente como manía, locura sin delirio, locura de los degenerados, moral etc., han sido reemplazados por el trastorno antisocial de la personalidad. No es fácil estudiar este trastorno porque se mezclan los conceptos de criminalidad, sociópata y trastorno antisocial de la personalidad. Los psicópatas —vieja denominación de este trastorno— han sido denominados también sociópatas por dos motivos:

- 1) El no ser alteraciones de índole congénita.
- 2) El constituir una personalidad que, precisamente por su modo de ser, deviene en una inadaptación social.

La psicopatía se contempla como un trastorno de la personalidad y no como un trastorno mental semejante a la esquizofrenia o a la depresión. En este hecho parece haber un acuerdo entre los diferentes autores, en tanto, por otra parte, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas culturales de la persona y tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta. Además, es estable a lo largo del tiempo y produce malestar y perjuicios para dicha persona.

## VI.1 Causas

Se cree que una de las principales causas del comportamiento psicopático son anomalías neurológicas principalmente en el lóbulo frontal del cerebro, esta área también se relaciona con el condicionamiento del miedo. La actividad anormal anatómica o química dentro de esta área del cerebro puede ser causada por un crecimiento anormal (posiblemente genético) una enfermedad cerebral, o alguna lesión. Esta teoría ha sido sostenida por muchas investigaciones usando la tomografía por emisión de positrones que muestra de manera visual la actividad metabólica de las neuronas dentro del cerebro.

Se sabe ya hace bastante tiempo que las amígdalas, dos regiones pequeñas ubicadas cerca de la base del cerebro, afectan a la agresión, la sexualidad y la imprudencia. Recientemente, también han demostrado afectar a la manera en que la gente interpreta las emociones de otras personas. Un daño sutil en las amígdalas puede explicar muchas de las características de los psicópatas, incluyendo la dificultad de comunicarse con ellos puede ser que simplemente no puedan ver emociones en los otros.

Junto a los factores hereditarios, la educación y el ambiente -una y otro en el más amplio sentido- contribuyen al desarrollo de las tendencias psicopáticas, tanto favorable como desfavorablemente. Dentro de esos factores ambientales, hay que destacar en primer lugar el medio familiar, que ejerce a lo largo de la evolución del niño una importante influencia potenciadora o depresora de la disposición psicopática.



## VI.2 Características

Las personas con este trastorno se caracterizan por despreciar los deseos, derechos y sentimientos de los demás, muestran pocos remordimientos, carecen de empatía, son insensibles. Por otro lado, pueden y suelen poseer cierto encanto artificial. Trastorno antisocial no es sinónimo de comportamiento delictivo. Aunque, por supuesto, no se puede negar la existencia de relación entre ambos términos. La psicopatía supone un claro e importante factor de riesgo para la reincidencia en general y para la violencia en particular.

Los psicópatas se caracterizan básicamente por su desprecio hacia las normas establecidas por la sociedad. Carentes de principios morales, sólo valoran a las demás personas en la medida en que puedan serles de alguna utilidad práctica, de modo que no tienen reparo alguno en atropellar los derechos ajenos cuando estos representan un obstáculo para el logro de sus propósitos. Vemos así que en el historial del psicópata abundan actos delincuenciales como robos, agresiones, chantajes, estafas, violaciones y hasta crímenes. Su falta de sentimientos de culpa se traduce en todo tipo de justificaciones para sus actos, de modo que el psicópata se muestra a sí mismo como incomprendido o víctima de la sociedad, guiándose siempre por sus propias reglas y no admitiendo nunca el menor remordimiento o vergüenza por sus atropellos.

Impulsivos por naturaleza, no miden el peligro ni las consecuencias de sus acciones, incurriendo repetidamente en actos riesgosos para sí mismos y para los demás, como conducir imprudentemente, consumir sustancias adictivas o participar en actos delictivos. Incapaces de tolerar las frustraciones, pueden ser muy violentos si no consiguen lo que se proponen por medios pacíficos. Propensos al aburrimiento, buscan continuamente las emociones intensas y se consideran a sí mismos como personas de acción, intrépidos o temerarios.

Sus relaciones interpersonales son frías y superficiales, se interesan sólo por sí mismos, suelen ver a los demás como objetos intercambiables y son incapaces de sentir afecto por otras personas, aunque pueden aparentar lo contrario si lo consideran necesario.

Son manipuladores, utilizan a los demás para el logro de sus objetivos y no dudan en aprovechar las debilidades ajenas, que suelen descubrir rápidamente, si son inteligentes. Son también

sumamente deshonestos, mienten con frecuencia y con gran facilidad, y aunque pueden generar simpatía en algunas personas por su aparente independencia y temeridad, no son capaces de mantener relaciones sentimentales duraderas, siendo por lo general infieles y promiscuos sexualmente.

## VI.2 Inicio

Este trastorno suele iniciarse tempranamente, en la adolescencia o aun en la infancia, con mala conducta escolar, maltrato de animales o niños pequeños, agresividad, violencia, mentiras frecuentes y delitos menores como robos o daños a la propiedad ajena, conducta antisocial habitual, inadecuadamente motivada; buena inteligencia; falta de remordimiento y vergüenza; incapacidad para amar; incapacidad de aprender con la experiencia; falta de autocrítica; reacción desproporcionada o fantástica al alcohol; pobreza de reacciones afectivas; fracasos frecuentes e inexplicables; y, por último, falta de sinceridad.

Es a menudo extraordinariamente incapacitante porque los primeros síntomas que aparecen en la niñez interfieren con el rendimiento educativo y dificultan la profesionalización ulterior, después de los 30 años, la conducta antisocial más flagrante puede disminuir sobre todo la promiscuidad sexual, las peleas y la delincuencia, si bien pueden madurar con el paso de los años, son objeto de tantas complicaciones biográficas (manicomios, encarcelamientos, aislamiento familiar y social, etcétera) que es difícil hablar de la normalización de su personalidad en la vida adulta (Valdés, 1991).

## VI.3 Criterios para el trastorno antisocial de la personalidad:

Por su parte, el Cuarto Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV, 1994) utiliza los siguientes criterios para el trastorno antisocial de la personalidad:

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican 3 o más de los siguientes ítems:

- 1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- 2) Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- 3) Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
- 4) Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- 5) Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
- 6) Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
- 7) Falta de remordimiento, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno de conducta que comienza antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

#### VI.4 Enfoque criminológico de los psicópatas

Desde el punto de vista criminológico, se considera una actuación psicopática "en serie", cuando como mínimo se presentan tres hechos y con un cierto intervalo de tiempo entre cada uno. A diferencia de quien comete hechos "en masa", el psicópata es repetitivo, escogiendo a sus víctimas y planeando cuidadosamente sus actuaciones. Los Psicólogos y Psiquiatras Forenses los han perfilado genéricamente de la siguiente manera:

1. Normalmente se trata de hombres jóvenes (aunque también hay una lista de mujeres psicópatas que representan el 11%, de las cuales la mayoría son lesbianas –observación de correlación, mas no de causalidad)-.
2. La mayoría son de raza blanca.
3. Atacan preferentemente a las mujeres.
4. El primer hecho lo comenten antes de cumplir los 30 años de edad.
5. Infancia traumática por abandono, malos tratos físicos, psíquicos o sexuales.
6. Tendencia al aislamiento de la sociedad y tratar de vengarse de ella
  
7. Tiene un mundo imaginario lleno de fantasías mejor que el real (dentro de su mente). No distingue entre la fantasía y la realidad.
8. Se siente amo del mundo.
9. Revive con cada víctima los abusos sufridos, identificándose con el agresor.
10. Tiene contacto personal con las víctimas: utiliza armas u objetos de diversa índole, estrangula, golpea. El uso de armas de fuego no es frecuente entre los psicópatas.
11. Finge emociones que no siente.
12. Busca su propio placer
13. Solitario.
14. Manipulador.
15. Puede parecer sociable y de aspecto encantador.
16. Cree que todo le está permitido. Particular sentido de la libertad.
17. Se excita con el riesgo y lo prohibido.
18. Humilla a sus víctimas para recobrar la autoridad y realzar su autoestima.
19. Cuando su actuación es organizada (como el caso que nos ocupa), preparan sus actos minuciosamente sin dejar pistas, dificultando su captura. El psicópata desorganizado si deja pistas y comete errores, facilitando su captura.
20. Una vez capturados suelen confesar, a veces atribuyéndose más víctimas, dado su afán de protagonismo y celebridad.
21. Tendencia lúdica a "jugar" con la policía, desafiándola y sintiéndose superior.

## 2.4 Psicodiagnóstico

En la Psicología, como en cualquier otra disciplina científica, se hace necesario en principio y antecediendo a cualquier actividad, realizar tareas de evaluación en un sentido amplio.

Queremos decir con ello que no podemos planificar, ni realizar ninguna acción, sin antes haber sopesado las condiciones iniciales de la situación en la que hay que intervenir, ya sea en el campo individual, grupal o institucional.

Por ello necesitamos en principio, aclarar los alcances de los términos que figuran en el título, a saber: Evaluación – Diagnóstico y Psicodiagnóstico.

Por Evaluación entendemos cualquier actividad que implique “medir de alguna manera” (cualitativa o cuantitativamente) ciertas características del individuo, o la organización y eficacia de una institución (en sus aspectos programáticos y organizacionales).

Si nos centramos en los otros dos términos: diagnóstico y psicodiagnóstico, diremos que el Diagnóstico es un término general, que es pertinente a todas las disciplinas y que quiere decir, dar cuenta de una situación en sus peculiaridades, generalidades y diferencias, mientras que Psicodiagnóstico es el Diagnóstico que corresponde a la Psicología.

Si la Evaluación y el Diagnóstico son actividades generales que encaran desde diversos ángulos todas las disciplinas, o sea evaluando y diagnosticando situaciones (diferenciando y delimitando), el Psicodiagnóstico es la actividad que por antonomasia corresponde al quehacer del Psicólogo, cuando su actividad se centra en el sujeto que deberá ser objeto de su conocimiento.

Y es por haberse comprendido la necesidad de esta actividad, que aumenta día a día la demanda de este proceso, cualquiera sea su ámbito de aplicación: Clínico, Laboral, Forense o Educativo. (De Scafati Schwarts, Liliana. El Psicodiagnóstico, el diagnóstico y la evolución, importancia y actualidad).

Etimológicamente el concepto diagnóstico proviene del griego, tiene dos raíces, “*diá*” que es a través de, por; y *ginoskein* que significa conocer. Así, etimológicamente, diagnóstico significa “conocer a través de”. El concepto de este significado (imagen que representamos en la mente) es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la naturaleza de algo.

En clínica, el diagnóstico supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas. El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta los dos aspectos de la lógica, es decir, el análisis y la síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias.

Diagnóstico individual o clínico. Es el total emitido a partir del contraste de todos los antes mencionados y de las condiciones personales del enfermo. Todos estos factores determinan cualitativa y cuantitativamente el cuadro clínico, de manera que éste puede ser diferente aun cuando la entidad morbosa sea la misma.

### 2.4.1. Tipos de diagnóstico

#### I. La observación

El método que conviene emplear en psicología es, consecuentemente, el de toda ciencia de hechos, método que se caracteriza esencialmente por la observación y la inducción. La observación es evidentemente necesaria para dar el conocimiento de los hechos, cual sea la naturaleza de éstos, y es este conocimiento el único que puede servir de punto de partida a la ciencia que se trata de construir.

La observación es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Ahora está muy sistematizada. Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo.

## II. La entrevista psicológica

La entrevista dentro de la psicología y en todos sus campos de aplicación es un componente muy importante que permite conocer y analizar los rasgos más importantes y característicos de un individuo, un grupo, una pareja, una familia, un sindicato, una víctima, etc., según sea el caso.

## III. Tests psicológicos

Los test psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provoca puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto. La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar. (Wikipedia).

La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes:

### III.1. Test Proyectivos

La proyección (Psicoanálisis) es un mecanismo de defensa a través del cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás, sentimientos, impulsos o pensamientos propios, que le resultan inaceptables o que le generan negación. Consiste en proyectar cualidades, deseos o sentimientos que producen ansiedad fuera de sí mismo, dirigiéndolos hacia algo o alguien a quien se los atribuyen totalmente.

El término proyección tiene otras acepciones, lo importante de esta definición es el significado psicológico asumido y desenvuelto por el psicoanálisis. El psicoanálisis entiende por proyección a uno de los mecanismos de defensa mediante el cual el sujeto, normal, neurótico o psicótico, expulsa de sí, en un proceso de segregación psíquica -localizando en persona o cosa externa-, sentimientos, cualidades, e incluso "objetos" que no termina de aceptar como propios. Con este mecanismo nos enfrentamos a un mecanismo de defensa muy arcaico que de modo patente se ve desarrollar en conductas paranoides o directamente paranoicas. También, en algunas formas de pensamiento normales de la vida cotidiana.

Los tests proyectivos son instrumentos de evaluación psicológica que nos permiten obtener información de la personalidad del individuo y de sus conflictos más inconscientes. Es precisamente esa área la que se evalúa a través de estas técnicas ya que otro tipo de pruebas no permite llegar a tan recóndita parte de la estructura de la personalidad. Este tipo de pruebas se basan en ese mecanismo llamado "proyección", a través del cual la persona "proyecta" en el test sus aspectos de personalidad y sus conflictos más inconscientes, que la persona desconoce justamente por no ser conscientes.

Los tests proyectivos sirven para valorar aspectos personales y sociales, de adaptación, de relación, conflictos internos etc., de la vida de la persona que los realiza, esta valoración se basa en la forma en que el individuo interpreta la realidad. En infantil, hay determinados tests que nos informan sobre la personalidad de los niños a través de la interpretación de imágenes y otros en los que a través de imágenes creadas por él mismo, nos expresa una determinada situación y cómo es vivida por el niño.

Para un niño, los test más adecuado y conocidos son: Test de árbol, Fábulas de Düs, Dibujo de la Familia, Test de Pata Negra, TAT.



## 2.4.3. Etapas del psicodiagnóstico

### I. Contacto inicial:

Puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamado telefónico u hojas de derivación o de interconsulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico. Durante este primer contacto, es importante realizar un buen *rapport*, el cual es uno de los ingredientes imprescindibles para establecer una comunicación efectiva con los demás. Junto con el *rapport*, se debe buscar un proceso adecuado para acercarnos al modelo del mundo de la otra persona. Este proceso, utilizado de forma intuitiva por muchísimas personas, puede ser aprendido y practicado para mejorar la comunicación.

El contacto inicial con el paciente, en psicoanálisis está planteado desde las entrevistas preliminares, que resultarán, justamente preliminares, o no, a un análisis.

### II. Historia clínica:

Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital. Para Vallejo Ruiloba, la historia clínica se compone de: anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronóstica, tratamiento, evolución y comentarios, y epicrisis.

### III. Anamnesis:

Se conoce con el nombre de anamnesis a la entrevista o entrevistas que tenemos con el paciente y sus allegados, con el fin de delimitar cuáles han sido las manifestaciones patológicas, en los casos psicopatológicos. La anamnesis, es el relato de los síntomas o manifestaciones psicopatológicas que se le han presentado al paciente. Como es un relato de algo que ha tenido

ya lugar, es por lo que se llama también Historia. El relato de la anamnesis puede ser hecho por el propio paciente o por sus familiares o allegados.

Se puede dividirlo en tres clásicos apartados de la medicina:

- Enfermedad actual
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.

En psicopatología es mejor hablar de:

- Estado psicológico actual
- Antecedentes biográficos y
- Situación familiar.

Primero se hablará de la entrevista con el paciente y después con sus familiares

- Aplicación de la evaluación:

Es una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística, respecto a otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente.

#### IV. Examen mental

La entrevista y el examen del estado mental. En esencia, el estado mental implica la observación sistemática de la conducta del individuo, esta clase de observación se da cuando cualquier persona interactúa con otra. Todos los clínicos realizan a diario exámenes mentales. El truco de los clínicos, desde luego, es que organizan sus observaciones de otras personas en tal forma que les proporcional la suficiente información para determinar la presencia de un trastorno psicológico.

Los exámenes del estado mental pueden tener una estructura compleja y se detallados (J.K. Wing, Cooper y Sartorius.)

El Examen Mental abarca cinco categorías

- Apariencia y conducta
- Proceso de pensamiento
- Estado de animo y afecto
- Funcionamiento intelectual
- Funcionamiento sensorio

#### 2.4.4. Manuales de diagnóstico

I. DSM-IV-TR - Clasificación de enfermedades mentales de la *American Psychiatric Association* APA. (Asociación de Psiquiatría de América). Es básicamente un "manual" o guía de referencias, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana, dirigido a los especialistas en el campo de las enfermedades emocionales que lista las diferentes categorías de trastornos mentales y los criterios sintomáticos necesarios para determinarlos.

La prioridad de en la elaboración de este manual ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, se espera que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Se ha intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes

ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

Para poder realizar el diagnóstico hace uso de una evaluación multiaxial que ordena de manera sistemática los siguientes temas:

Eje I	Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II	Trastornos de la personalidad Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global

## II. CIE 10 - Clasificación Internacional de Enfermedades

Es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares. Para realizar el diagnóstico hace uso de seis ejes de la siguiente forma:

Eje I	Síndromes psiquiátricos, clínicos.
Eje II	Trastornos específicos del desarrollo psicológico
Eje III	Nivel Intelectual
Eje IV	Condiciones médicas
Eje V	Situaciones psicológicas anómalas asociadas.
Eje VI	Evaluación Global de la capacidad psicosocial.

### III. GLADP - La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) surge como respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina.

Por otro lado, se necesita atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas. Esto debería, adicionalmente, incrementar el uso del diagnóstico parametrado entre los psiquiatras latinoamericano y mejorar la calidad de la atención psiquiátrica.

La GLADP tiene como propósito fundamental el mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más biforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. No es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una

escuela teórica en particular. Tiene como propósito fundamental, el mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo.

Para poder realizar el diagnóstico se debe hacer el uso de sus cuatro ejes:

Eje I	Trastornos clínicos y problemas relacionados.
Eje II	Áreas y grados de discapacidad
Eje III	Factores contextuales
Eje IV	Calidad de vida.

### 2.5. Psicoterapia

La Asociación Psiquiátrica Americana define a la psicoterapia en términos genéricos como cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, que difiere específicamente de los tratamientos electro físicos, farmacológicos o quirúrgicos.

Para la Federación Española de Asociaciones de psicoterapeutas la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

También puede decirse que la psicoterapia es un proceso comunicativo transformacional bi-direccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usa el mensaje y sus códigos, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en el individuo al cual se dirige, en dónde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

Para concluir, se puede decir que la psicoterapia es aquel tratamiento que:

- Se efectúa sobre un sujeto que se supone afectado por un conflicto psíquico
- Llevado a cabo por un experto en el mismo
- Con intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto
- De acuerdo con una técnica previamente determinada según el conflicto, el método y los objetivos a alcanzar
- Realizado con conocimiento explícito por ambas partes
- Siguiendo pautas de sistematización, frecuencia, duración y encuadre, previamente determinadas
- Utilizando como único agente terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente.

Es aquel procedimiento que pretende resolver el conflicto psíquico a través de la relación interpersonal entre el individuo que lo sufre y un experto en ese tipo de ayuda

Ahora que se ha llegado a un concepto final se pasara a enumerar las distintas clasificaciones de psicoterapia.

### 2.5.1. Objetivos de la psicoterapia

Los objetivos en una terapia psicológica dependen primero de los deseos y problemas específicos del cliente y, luego, del enfoque que el psicólogo desee darle al tratamiento para mejorar el modo de vida y las relaciones sociales que establece el paciente. Aunque, cada uno de los cientos de modos de llevar una terapia señala metas distintas, las principales son

- a) Ayudar al paciente a ganar esperanza.
- b) Promover la sensación de dominio y auto confianza del paciente
- c) Animar al cliente a enfrentar sus ansiedades en lugar de evitarlas
- d) Ayudarlos a ser más conscientes de sus concepciones erróneas
- e) Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida

Esto solo se puede dar si el profesional entrenado posee actitudes que promuevan la efectividad en el diagnóstico del paciente y su correcta evolución durante el tratamiento como: esforzarse por crear una atmósfera terapéutica en la que se promueva la calidez y la empatía, conocer los orígenes históricos y presentes determinantes en los problemas psicológicos, poseer una actitud objetiva frente al paciente y además debe concebir una estrategia para cambiar la dirección de los patrones de conducta, emociones y creencias desajustadas en la que pueda suministrar un ejemplo de actitudes y funcionamiento deseable.

### 2.5.2 Perspectivas psicológicas

Con el paso de los años, han ido apareciendo distintas escuelas psicológicas, enfocadas en aspectos distintos de la “psique” humana. Con cada una de estas escuelas, ha aparecido una terapia psicológica diferente y, a su vez, algunos psicólogos dentro de cada escuela han ido aumentando y perfeccionando sus teorías que, como ya mencionamos, deben poseer los mismos objetivos y, además, el terapeuta debe manejar ciertas actitudes. El enfoque que le dan es distinto, pero como menciona Garfield: “Ninguna terapia ha sostenido tener menos éxito que sus rivales”.

### 2.5.3. Perspectiva psicodinámica

El psicoanálisis, propuesto aproximadamente hace un siglo por Sigmund Freud, fue el primer sistema estructurado de psicoterapia y, al igual que su teoría sobre la comprensión psicológica del hombre, éste también se basa en entender el inconsciente del paciente para así poder llegar a una catarsis y liberar lo que el cliente tiene reprimido. En otras palabras, la terapia psicodinámica o psicoanálisis es aquella terapia basada en la suposición de que los desórdenes psicológicos surgen principalmente de conflictos internos ocultos con los impulsos reprimidos.

El famoso tratamiento de Freud tenía como objetivo principal el conocer los conflictos e impulsos internos a través del *insight*, comprenderlos por medio de la interpretación y así liberar las “fuerzas psíquicas” para luego lograr un bienestar. La terapia psicodinámica clásica de Freud, postulaba condiciones especiales donde sea propicia la sesión. La psicoterapia debía darse en un ambiente medio oscuro, el paciente debía estar recostado en un diván y el psicólogo no debía



tener contacto visual directo con el paciente, ni debía intervenir activamente en el proceso, en la mayoría de los casos debía mantener una “atención flotante”, que es tener una actitud pasiva y solo ser el guía de la conversación, llamada *atención flotante*.

Pero, ¿Cómo llegar al *insight*? ¿Cómo poder entender lo que la mente humana está tratando de ocultar? Freud propuso un procedimiento por el cual buscaba encontrar y descifrar lo que está oculto. Así, postula a la asociación libre como un proceso fundamental en la terapia psicoanalítica, que consiste en que los individuos reporten espontáneamente al terapeuta todos sus pensamientos y él, como profesional entrenado, interprete lo que éste dice por más trivial que parezca; solo así se puede comprender lo que el inconsciente oculta. Porque, según Freud, la asociación libre en realidad no lo era y que las ocurrencias estarían determinadas por material inconsciente.

En la psicoterapia psicoanalítica se pueden distinguir características particulares como el uso del hipnotismo, que consistía en llevar al paciente a un estado entre la conciencia y la inconsciencia para que así el individuo reviva un suceso traumático originario que no había podido ser elaborado conscientemente y, de esta manera, se permita la desaparición del síntoma. La interpretación de sueños es también parte del análisis del inconsciente dado que Freud consideraba al sueño como la búsqueda de satisfacción disfrazada de un deseo reprimido.

La terapia psicodinámica ha evolucionado del psicoanálisis clásico al enfoque neofreudiano, al enfoque analítico del yo, al de las relaciones objetables, entre otros, donde ha ido adquiriendo aportes importantes de psicólogos como *Adler* o *N. Ackerman* que, basándose en los conceptos dictados por Freud, han aumentado y corregido aspectos del método freudiano clásico. Así, proponen cambios en los modos de llevar la terapia, sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo: “ayudar al cliente a obtener *insight* sobre sus motivos y conflictos ocultos”. En el largo proceso del psicoanálisis, la terapia ha ido cambiando y actualmente solo podemos llamar psicoanálisis a las teorías formuladas por Freud, y a las terapias que tienen su origen en las proposiciones freudianas podemos denominarlas “psicoterapias de orientación psicoanalítica”. Las diferencias más claras en las terapias psicodinámicas pueden ser:

## a) Terapia psicodinámica clásica

- La frecuencia del tratamiento es diaria o de 4 a 5 veces por semana.
- El paciente es tratado en el diván.
- El enfoque del tratamiento enfatiza un terapeuta neutro y no intruso.
- Evita dar consejos y limita sus intervenciones a las interpretaciones.
- La técnica enfatiza la libre asociación, la interpretación y el análisis de los sueños.

## b) Terapia psicodinámica moderna

- La frecuencia típica es 1 o 2 veces por semana
- El paciente es tratado cara a cara
- El terapeuta asume una posición activa y directa
- Aconseja y refuerza aspectos no conflictivos del sujeto
- Se utiliza un amplio rango de intervenciones incluyendo técnicas interpretativas, educativas y de apoyo.

### 2.5.4 Perspectiva humanista

Las terapias humanistas son también llamadas existenciales, surgieron por el rechazo de algunos psicólogos terapeutas hacia la visión de la naturaleza humana básica que Freud tenía. Afirmaban que los impulsos iban más allá de los que la teoría freudiana defendía (agresivos y sexuales), pero que también difieren en el hecho de los términos de “paciente” y “cliente” porque ellos creen que los que acuden a este servicio deben ser tratados como cualquier otro solicitante de un servicio cualquiera y lo más normal posible, no como si fuera un enfermo más (porque ése es el miedo de sus clientes) sino como alguien que busca a un especialista y le paga para que le facilite la solución. Pero aún así, las terapias humanistas han sido criticadas por no poseer una base teórica fundamentada y cohesionada, y por la vaguedad de lo que ocurre en la relación cliente-terapeuta.

Sin embargo, estas terapias psicológicas también son diferentes en procedimiento y propósito. Los humanistas creen que el éxito de una terapia es del cliente y no del terapeuta, que solo es un nexo para la llegada a ella, y convirtiéndose éste en el que le “enseñe el camino” pero no el que lo recorre a su lado. Se puede encontrar dos formas de terapias, las individuales y las grupales; de las primeras se podrán dividir en las centradas en el cliente y las gestálticas, y de las segundas están los grupos de encuentro y los de entrenamiento de la sensibilidad.

## I. Terapia centrada en el cliente

Es la de mayor influencia y de difusión pública, ocupa un aspecto único en los enfoques de las psicoterapias. Fue desarrollada en un principio por Carl Rogers (1940), uno de los tantos que rechazaban las opiniones de Freud con respecto a los desórdenes psicológicos (según éste, surgidos por la expulsión hacia el exterior de impulsos primarios instintivos), él decía que los problemas psicológicos, en general, se daban por algunos “autoconceptos distorsionados”; es decir, que al crecer bajo las condiciones de valor (término que inventó para calificar las creencias de los individuos para creer que por ellas iban a ser aceptados y amados) han llegado a olvidar las propias experiencias y emociones que van en contra de dichas condiciones. Lo que ocasiona desórdenes en el desarrollo normal del yo.

Es en este punto donde los terapeutas humanistas utilizan con ellos la aceptación incondicional y el afecto positivo incondicional para lograr la eliminación de estos paradigmas (también llamados condiciones irreales o prejuicios psicológicos), llevando a los terapeutas a usar la comprensión empática y también un reflejo de las percepciones y sentimientos del cliente. Al final del proceso se llegan a ver los clientes mismos como, en palabras de Baron, seres humanos únicos con muchas características deseables. Aunque este tratamiento, según sus retractores, es superficial, ingenuo y no aporta nada nuevo.

## II. Terapia gestáltica:

También llamada de la Gestalt, creada por Fritz Perls (1969) para complementar a la anterior teoría. Según este psicoterapeuta, “la persona suele tener desniveles emocionales porque algunos

aspectos centrales de sus emociones no son reconocidos por la conciencia”; es decir, partes de su ser están psicológicamente no ligadas entre sí.

Los terapeutas, en las citas con los clientes, tratan de que éstos se despierten a su realidad y se dejen de hacer tontos juegos; tratan de que les describan sus asuntos que no pudieron concluir y que todavía no pueden (*ocuparse de los asuntos no terminados*) tratando de que recuerden su experiencia de una manera totalmente vivida. Una vez exteriorizados los sentimientos, el asunto sería resuelto y la terapia habrá sido un éxito.

Pero también hay algunas experiencias en las que los terapeutas han creado juego ingeniosos, como por ejemplo el de las dos sillas: el cliente se alterna entre dos sillas puestas frente a frente, en una se comportan como ellos mismos y en la otra como alguien que ocupa un lugar importante en su vida; la meta es que el cliente tome conciencia de su relación con esta persona y los sentimientos que él debe generar en esa persona.

### III. Terapias de grupo

La tendencia humanista en terapias ha sido la más propensa a llevar sus avances a los grupos terapéuticos por los potenciales resultados que se obtendrían. Las dos formas de terapia de grupo tratan de llegar al mismo punto: crecimiento personal, mayor comprensión de la conducta personal y más apertura a las relaciones personales. Aunque la diferencia entre los grupos de encuentro y los de entrenamiento de la sensibilidad es que los primeros tratan de ser llevados a una total desinhibición (son animados a expresar sus sentimientos más íntimos, llorar, gritar, etc.) y los segundos son algo menos extremistas.

Para lograr que entren en confianza los terapeutas utilizan varias formas de “calentamiento”, como por ejemplo el hecho de vendarles los ojos y que se paseen por la habitación sin hablar y solo comunicándose por el tacto. Estos procesos están diseñados para ayudar a sus miembros a darse cuenta de que en el grupo no hay restricciones ni reglas y, por consecuencia, van a su libre albedrío. Según participantes de estos grupos, generan cambios sustanciales para bien en las personas, es por ello que muchas personas siguen asistiendo a estos grupos sin pensarlo mucho.

## 2.5.5. Perspectiva Cognitiva

Las terapias cognitivas son el desarrollo de las aportaciones de terapeutas independientes, que tienen como mayores representantes a Kelly, Ellis y Beck. Esta terapia se concentra en la modificación de las formas fallidas o distorsionadas de pensamiento para aliviar los desórdenes psicológicos. Su fundamento radica en el conocimiento que todo proceso cognitivo ejerce grandes efectos en las emociones y la conducta y la distorsión de estos procesos (suposiciones, creencias, etc.) genera conductas maladaptadas y sentimientos negativos perturbadores.

Podemos distinguir distintos tipos de terapias cognitivas:

### I. Terapia racional - emotiva

Los deseos no controlados de amor, seguridad y éxito o la falta de satisfacción de estos generan una reacción dañina o pensamiento irracional, por lo que la terapia cognoscitiva que se centra en la modificación de las creencias irracionales.

### II. Terapia conductual – cognitiva

Terapia diseñada para superar la depresión modificando los patrones dañinos del pensamiento que surgen producto del pensamiento ilógico acerca de si mismos, del mundo externo y el futuro. Existen tendencias cognoscitivas que fomentan la depresión como el sobregeneralizar información limitada, explicar cualquier hecho positivo como una excepción a la regla y el magnificar la importancia de hechos indeseables. En esta técnica el cliente y el terapeuta trabajan juntos para identificar los problemas y formular soluciones que se aproximen al éxito y aliviar su depresión.

### III. Terapia constructivista cognoscitiva

Psicoterapia que pretende ayudar a los individuos a comprender sus formas únicas de ver el mundo y a cambiar los aspectos irracionales de ese punto de vista: *“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro; es relevante, importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.”*. En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo, las terapias cognitivas enfatizan:

- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- Un enfoque orientado al problema y los objetivos.
- El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

#### 2.5.6. Perspectiva conductual

Las terapias conductuales son formas de psicoterapia que se centran en modificar los patrones inadecuados de conducta mediante el uso de los principios básicos de aprendizaje, como el clásico y el operante. Esta perspectiva de las terapias psicológicas postula que los desórdenes se deben a un aprendizaje fallido y, por tanto, pueden ser modificados usando los mismos métodos por los cuales fueron aprendidos.

En ese contexto, la tarea principal del terapeuta conductual se basa en tres puntos:

- Modificar la conducta actual.
- Proporcionar al cliente las habilidades que necesita o eliminar los patrones aprendidos de conducta que le están causando malestar.
- Ofrecer al individuo la capacidad del autocuidado guiado, es decir, que la persona use estrategias que pueda aplicar para superar sus problemas cuando no se encuentra con el terapeuta.

## I. Terapias basadas en el condicionamiento clásico

En primer lugar, se sabe que el condicionamiento clásico, ya estudiado anteriormente, es el aprendizaje que se da por asociación o también llamado “Respondiente”; por lo tanto, lo que parece bonito o feo, lo que produce ansiedad o miedo, las conductas sexuales, el racismo, las fobias, etc., absolutamente todas esas conductas son aprendidas mediante el condicionamiento clásico que, análogamente, presenta un estímulo determinado (condicionado y neutro) y una respuesta (incondicionada y condicionada). Como resultado de este tipo de aprendizaje, los individuos experimentan temores intensos en situaciones que en realidad no suponen una amenaza para su bienestar.

Es así como surgen tres tipos de técnicas en las terapias conductuales basadas en los principios del condicionamiento clásico, técnicas que tienen como objetivo principal la extinción de una determinada fobia o temor previamente condicionado:

- a. Inundación: es la exposición continua a los estímulos temidos.
- b. Desensibilización sistemática: es muy efectiva para tratar fobia; primero, se pone al individuo en un estado de relajación total y luego son expuestos a los estímulos que le provocan ansiedad o simplemente son incitados a imaginar escenas en las cuales son actores de la escena a la que tanto temen (Desensibilización Cubierta).
- c. Terapias de aversión: mediante esta técnica, los estímulos que han sido asociados con sentimientos positivos, se asocian ahora con sentimientos negativos; por ejemplo, cierto hombre que se sentía altamente excitado al ver niños o niñas, recibía, en terapia, una

descarga eléctrica mínima cada vez que su nivel de excitación aumentaba al estar observando unas diapositivas con fotografías de niños desnudos. Así se logró convertir aquella reacción “positiva” en una “negativa”.

## II. Terapias basadas en el condicionamiento operante

El condicionamiento operante es una forma de aprendizaje por consecuencias o también llamado “Consecuente”, por lo tanto, la conducta es moldeada de acuerdo a las distintas consecuencias que ésta genera.

Los pasos básicos que se emplean siempre para aplicar esta forma de terapia son los siguientes:

- Identificación clara de las conductas indeseables o mal adaptativas que en la actualidad muestran los individuos.
- Identificación clara de las conductas indeseables o mal adaptativas que en la actualidad muestran los individuos.
- Identificación de los eventos que refuerzan y, en consecuencia, mantienen dichas conductas.
- Esfuerzos por cambiar el ambiente para que así esas conductas inadecuadas dejen de recibir reforzamiento.

Al igual que en las terapias basadas en el condicionamiento clásico, esta clase de terapias presenta también diversas técnicas:

- a. Modelamiento: pretende ayudar al individuo a adquirir respuestas deseables que no se encuentren en su repertorio, ofreciéndole reforzamiento por respuestas que se asemejen cada vez más a las respuestas deseables.

Economía de fichas: los pacientes hospitalizados obtienen fichas que puedan cambiar por recompensas valiosas cuando se comportan adoptando nuevas conductas que el equipo del hospital considere deseables.



## 2.5.6 Terapia sistemática

### I. Terapia familiar

Es una subdisciplina dentro de la psicoterapia que trabaja con la familia padre madre e hijos. (Wayne W. Dyer). La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (“paciente” o “cliente”) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

El tratamiento de problemas diarios se refiere más a menudo como “consejo” (una distinción adoptada originalmente por Carl Rogers pero el término se utiliza a veces alternativamente con “psicoterapia”. Además, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación. Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

- El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
- La calidad de “relación terapéutica” del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de privacidad o confidencialidad de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (código deontológico). Por esto, la habilitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia requiere de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas que cuentan con mayor tiempo de experiencia o estudios dentro del campo respectivo.

## I.1 Estructuras familiares y la relación terapéutica

Cuando las fronteras son demasiado permeables e indiferenciadas hablamos de una estructura familiar aglutinada. Mientras que si éstas están muy marcadas o rígidas será desligada. Otra consideración estructural de las interacciones familiares está dada por el concepto de alineamientos (ponen de manifiesto el acuerdo o la oposición de uno o varios miembros en la ejecución de una operación). Existen dos clases:

- a. Alianzas (interés compartido por dos miembros de la familia en una acción común).
- b. Coaliciones (proceso de acción conjunta entre dos o más personas, contra otra persona).

El concepto de rol designa el conjunto de comportamientos y de funciones que un miembro de la familia asume frente a los otros. Pueden ser: claros o difusos. El clima afectivo que reina en el sistema familiar es una de las primeras realidades con las que todo terapeuta se encuentra confrontado en cada encuentro. Por ejemplo, las familias de esquizofrénicos se distinguen porque suelen tener una extrema pobreza afectiva en sus intercambios y una distribución inadecuada de roles afectivos.

Los procesos de autonomía e individuación dependen mucho de la familia. Así, en familias muy apegadas las separaciones son mal toleradas y el sistema familiar emite toda clase de feedbacks negativos frente a toda tentativa de autonomía. Stierlin ha intentado conceptualizar tres modalidades relacionales familiares que pueden explicar los mecanismos de control a distancia que el sistema familiar de origen pone en funcionamiento para dificultar la individuación de sus miembros: la modalidad por unión, la delegación por unión y la delegación por rechazo.

El hacer una terapia de familia significa que el terapeuta debe establecer de entrada una relación significativa con la familia considerada como una unidad. El objetivo terapéutico será el de provocar uno o más cambios cuyo efecto será el de volver a la familia suficientemente competente para resolver por sí misma las dificultades y encontrar una alternativa a la producción de síntomas.

Los 3 principios fundamentales de esta línea terapéutica son:

- Confrontación de los miembros de la familia entre sí.
- La acción directa sobre las relaciones, detectando las disfunciones.
- El refuerzo de la competencia familiar.

## I.2. Abordaje familiar

Una forma de aplicación de la terapia familiar es el abordaje familiar. Su marco es flexible, lo importante es la manera en que se sitúa el problema y dónde se actúa. Se hace desde una perspectiva sistémica, poniendo el foco en el contexto familiar en su conjunto, incluso si no están presentes todos los miembros en la sesión. Lo importante no es la técnica sino pensar en términos de sistema. El terapeuta que utiliza este abordaje sigue una formación de base en terapia familiar e intenta completarla confrontándola con otra escuela. La evaluación se realiza a lo largo de la terapia; según Minuchin (1974) el diagnóstico evoluciona a lo largo de la terapia al mismo tiempo que el sistema familiar. La evaluación puede hacerse directa o indirectamente.

## I.3. Pasos de la evaluación familiar

a. Reconstruir el itinerario de la consulta actual, lo cual permite al terapeuta hacerse una primera idea de cómo se comporta el sistema familiar frente a las instituciones exteriores y estimar las expectativas unidas al comportamiento sintomático del paciente designado. La actitud del terapeuta consistirá en definir en términos sistémicos este camino inicial. Proponer una entrevista conjunta con la familia, donde el fin verbalizado es definir el problema en conjunto y precisar las expectativas de cada uno.

c. La observación de las interacciones verbales junto con la elaboración del genograma (es una modelización gráfica del sistema relacional familiar).

d. Exploración de la historia familiar, a lo largo de varias entrevistas.

e. Evaluación de hipótesis progresivas por parte del terapeuta que verifica confrontándolas con ensayos terapéuticos y con la manera como reacciona la familia. Lo esencial, resumiendo, no es tener muchas informaciones, sino saber sacar provecho de ellas, organizándolas según el modelo sistémico.

#### I.4. El contrato terapéutico

Otra variable de la relación entre la familia y el terapeuta que debe tenerse en cuenta es el contrato terapéutico. Este es la manera en que el terapeuta y el sistema familiar definen, sobre el plano práctico, el sentido, los objetivos y los medios de su futura relación. Los elementos ha especificarse en este contrato son:

- a. Definir la orientación familiar del terapeuta.
- b. Aceptar la confidencialidad solicitada por el paciente u otro miembro.
- c. Definir objetivos concretos, realizables a corto plazo.
- d. Definir el sentido general de la terapia.
- e. Definir el marco de encuentros.

Asegurarse la libertad para contactar a otros profesionales ya implicados frente a la familia y de intercambiar informaciones útiles con ellos. La vía real de todo abordaje terapéutico centrado en las relaciones interpersonales es el uso sistemático de la meta comunicación. Para la buena marcha terapéutica es esencial que se establezcan reglas claras en cuanto a la manera de organizar las comunicaciones tanto en el seno familiar o entre terapeuta y familia. Diferentes recursos técnicos nos serán de gran ayuda: medios audiovisuales (espejo unidireccional, cassettes de audio/vídeo, televisores).

La utilización de la comunicación no verbal tiene frecuentemente efectos intensos porque es en el plano no verbal donde mejor se expresan la significación y el sentido de una relación.

El Reencuadre es un comentario hecho por el terapeuta consistente en redefinir una situación, una relación, un problema, se distingue dos tipos de reencuadre con significación abierta, que son los comentarios lógicos, fácilmente accesibles a la comprensión de la familia y reencuadre

con significación oculta: que son los comentarios aparentemente absurdos e ilógicos que despistan al sistema familiar.

Las directivas terapéuticas consisten en tareas, indicaciones a seguir, líneas de conducta dadas por el terapeuta a los miembros de la familia. Pueden ser de dos tipos: significación abierta y oculta. Otros medios de acción que cabe mencionar son aquellos que se caracterizan por la estimulación de la imaginación, de la intuición, de la creatividad y de la inventiva como: el uso de metáforas, el uso de relatos, o bien, las esculturas familiares o la representación de roles. Estos diferentes medios terapéuticos tienen por objetivo desbloquear los recursos naturales de la familia y activar su potencial creativo. El objetivo principal del marco terapéutico consiste en aparejar la competencia del terapeuta a la del sistema familiar para que la de éste último crezca de manera óptima. Así pues el tratamiento llegará a su fin cuando la competencia de la familia llegue a ser prácticamente igual a la del terapeuta en cuanto a la resolución de sus problemas específicos. La formación del terapeuta suele tener una duración media de dos años aunque hay que añadir que ésta nunca termina. Además, buenos auxiliares técnicos son la psicoterapia y la supervisión.

## Conclusión

1. La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas en el sufrimiento del ser humano, promueve el logro de cambios en el comportamiento del que busca ayuda profesional.
2. La psicoterapia busca el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.
3. En Guatemala existen pocos profesionales de la psicología por la poca demanda de pacientes que buscan ayuda a nivel psicológico.
4. Los profesionales de la salud psicológica deben de dar a conocer los beneficios que las personas obtienen al buscar ayuda profesional.
5. Es importante que todo profesional enfoque su trabajo con principios, valores y amor al ser humano para brindar un cambio positivo en la vida de la persona que busca ayuda.
6. Debo recordar que el mejor de los psicólogos es Dios y si él nos eligió para ser instrumentos de bienestar para el paciente debe de seguir sus pasos.

## **Capítulo 3**

### **Referente Metodológico**

#### **Introducción**

La metodología que utilizó para llevar a cabo la Practica Profesional Dirigida fue señalada por la Universidad Panamericana a través del programa establecido. Dicha metodología dirigió a la estudiante de Psicología a poner en práctica los conocimientos adquiridos durante los años anteriores de manera sistemática y ordenada.

El lector podrá encontrar el programa de Practica Profesional Dirigida, así como el cronograma de actividades y planificación general y por mes, también descripción, objetivos, actividades y cronogramas de los diferentes subprogramas que se estuvieron realizando durante la práctica.

#### **3.1 Programa de la Práctica Profesional Dirigida.**

##### **3.1.2 Descripción**

La Práctica Profesional Dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y Consejería social. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

### 3.1.3. Propósitos del curso

El curso tiene el propósito de integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera, aplicándolos de manera práctica en instituciones en donde el psicólogo ejerce la psicología clínica. El y la alumna adquieren destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas funcionar adecuadamente.

### 3.1.4. Competencias

1. Ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica.
2. Atiende problemas de personas en riesgo de enfermarse mentalmente.

### 3.1.5. Indicadores de logro

- Poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de la carrera.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad.
- Atiende casos en instituciones para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elabora programas de salud mental y los aplica.
- Capacita a grupos de personas con temas importantes para el mantenimiento de la salud mental.
- Visita lugares para formarse una idea precisa de los problemas sociales.
- Investiga temas relacionados en su aplicación práctica.
- Deja un beneficio en los lugares donde realiza su práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Crea proyectos dedicados a promover la atención psicológica en el área rural.



### 3.1.6. Contenido temático del curso

1. Pronóstico y tratamiento psicológico.
2. Capacitación en salud mental.
3. Problemas de salud mental en Guatemala.
4. Participación en eventos relacionados con la Psicología y Consejería Social.
5. Trabajo en comunidades de riesgo.
6. Detección de situaciones de resiliencia.
7. Creación de programas y proyectos

### 3.1.7. Criterio para el desarrollo del curso o metodología

La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.

La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

Los y las alumnas tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas establecidas; así como con las normativas establecidas por la universidad.

En el transcurso de la práctica los y las alumnas atenderán casos clínicos haciendo un diagnóstico y tratándolos de manera profesional. También tendrán que cumplir con capacitaciones y aplicación de proyectos.

### 3.1.8. Formas o técnicas de evaluación

#### a. Evaluación diagnóstica:

Se pasará una prueba elaborada por la catedrática para explorar los conocimientos obtenidos durante la carrera.

#### b. Evaluación de proceso:

Investigaciones

Elaboración de programas y proyectos

Actividades grupales

Discusiones

Guías de trabajo

Presentación de informes

Atención de casos

Entrevistas

Aplicación de pruebas psicométricas

Capacitaciones

#### c. Evaluación sumativa:

Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados.

El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.

### 3.1.9 Actividades de aprendizaje autónomo

- Elaboración de informes
- Investigación de temas
- Elaboración de proyectos

### 3.2 Cronograma de actividades

<b>Actividad No.</b>	<b>Fase de información y organización</b> Enero a febrero <b>Contenido</b>	<b>Fecha</b>
1.	Información sobre práctica , entrega de programa y cronograma Instrucciones sobre metodología Instrucciones sobre elaboración de informe final	Enero
2.	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños (por los y las alumnas)	
3.	Elaboración y entrega de planificación de actividades generales de práctica de campo (por los y las alumnas)	3 <sup>a</sup> . Semana de febrero
4.	Asignación de Centros de práctica	Febrero
5.	Entrega de carta de autorización escrita dirigida a la Universidad y sellada de autoridad inmediata para realizar la práctica	
6.	Visita al centro de práctica para realizar acuerdos y presentar la planificación a autoridad inmediata	

<b>Actividad No.</b>	<b>Fase de información y organización</b> Enero a febrero <b>Contenido</b>	<b>Fecha</b>
7.	Información sobre práctica , entrega de programa y cronograma Instrucciones sobre metodología Instrucciones sobre elaboración de informe final	Enero
8.	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños (por los y las alumnas)	
9.	Elaboración y entrega de planificación de actividades generales de prácticas de campo (por los y las alumnas)	3ª. Semana de febrero
10.	Asignación de Centros de práctica	Febrero
11.	Entrega de carta de autorización escrita dirigida a la Universidad y sellada de autoridad inmediata para realizar la práctica	4ª Semana de julio
12.	Visita al centro de práctica para realizar acuerdos y presentar la planificación a autoridad inmediata	2ª Semana de agosto.
13.	Aplicación de técnicas de intervención clínica	Agosto
14.	Presentación y discusión de casos	Agostos
15.	Presentación de capítulo III del informe final: Referente metodológico según instructivo.	4ª Semana de agosto.
16.	Elaboración y entrega de historias clínicas e informes de casos.	1ª Semana de septiembre.
17.	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados según instructivo.	2ª Semana de septiembre.
18.	Entrega de informe de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	3ª Semana de septiembre.
19.	Entrega de constancias de talleres y capacitaciones dados (firmados y sellados).	4ª Semana de septiembre.
20.	Primera revisión de informe final.	4ª Semana de septiembre.

<b>Actividad No.</b>	<b>Fase de información y organización Enero a febrero</b> <b>Contenido</b>	<b>Fecha</b>
21.	Segunda revisión de informe final.	2ª Semana de octubre.
22.	Tercera y última revisión de informe final.	3ª semana de octubre.
23.	Entrega de informe.	1ª semana de noviembre.
24.	Examen final.	3ª Semana de noviembre.

### 3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de prácticas

Meses: Enero-Septiembre 2009

Lugar: procuraduría de los derechos humanos (área de la defensoría de la mujer)

Alumna practicante: Brenda Maritza Soto Juárez

Meses: Enero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Que las alumnas practicantes interactúen en el aula con nuevos conocimientos que les ayudarán a realizar con eficiencia las diferentes actividades asignadas en el centro de prácticas.</p>	<p>Aprendizaje de diferentes temáticas relacionadas con Diagnóstico de casos a través de los diferentes métodos de Psicodiagnóstico. Aplicación de terapias según sea el caso. Investigación y presentación de temas asignados por la catedrática. Lecturas Aplicación de técnicas de Intervención clínica Elaboración y entrega de Informe de Practicas.</p>	<p>Temas impartidos por la catedrática. Investigación de temas. Presentación de temas. Análisis de lecturas. Elaboración sistemática del informe de Prácticas.</p>	<p>Internet Libros varios Laptop Cañonera Material escrito Recursos humanos.</p>	<p>Los estudiantes lograrán fijar los conocimientos obtenidos durante el curso de la carrera de Psicología y ponerlos en práctica de una forma profesional en los centros asignados.</p>

Mes: febrero 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Que la alumna practicante conozca la institución en la cual realizará sus prácticas.</p> <p>Que a la alumna practicante sea capaz elaborar un diagnóstico de la institución, e identificar necesidades que puedan ser llenadas</p>	<p>Presentación de Carta de Solicitud.</p> <p>Presentación al personal para anunciarles el propósito de la estancia del estudiante en la institución</p> <p>Elaboración de un diagnóstico Institucional</p>	<p>La alumna asistirá juntamente con la catedrática encargada de la práctica a la institución para presentar carta del la Universidad.</p> <p>Se le solicitará a la persona encargada que presente a las estudiantes para ponerse a la disposición tanto del personal como de los pacientes.</p> <p>A través de la información recabada, realizando algunas entrevistas con el personal y la persona encargada de la institución.</p>	<p>Carta del Decano de la Universidad.</p> <p>Un cuaderno de apuntes y lapicero.</p> <p>Recurso humano</p> <p>Un cuestionario con preguntas que puedan recabar la información necesaria para poder elaborar el diagnóstico.</p> <p>Colaboración del personal para responder las preguntas.</p>	<p>Que la institución obtenga referencias de la Universidad</p> <p>Que la institución pueda conocer al alumno, sus objetivos y planificación.</p> <p>Elaborar una serie de inferencias que puedan dar a conocer las posibles necesidades de la institución. Esto para poder elaborar un plan de ayuda en esa área.</p>

Mes: Marzo 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Durante la realización de la práctica.</p> <p>Que la alumna conozca a fondo el tipo de servicio que la institución ofrece</p> <p>Que la alumna tenga el primer contacto con la población a la que la Institución atiende.</p>	<p>Observación de actividades dentro del centro.</p> <p>Primer contacto con la población.</p>	<p>La alumna hará un recorrido por las instalaciones y podrá darse cuenta de qué metodología se utiliza en la institución para lograr los objetivos.</p> <p>La alumna tendrá una reunión con el grupo que se le asigne para poder realizar algunas actividades grupales y poder obtener datos generales de los pacientes.</p>	<p>Un cuaderno de apuntes y un lapicero.</p> <p>Utilización de una actividad grupal que pueda romper el hielo y poder comenzar a crear un ambiente de confianza entre el grupo de personas asignada.</p>	<p>La alumna podrá tener una mejor perspectiva del trabajo realizado en la institución y podrá investigar más a fondo como se les puede ayudar.</p> <p>La alumna podrá conocer al grupo con el cual estará trabajando y comenzará a preparar las herramientas necesarias para posible elaboración de diagnóstico y posible intervención.</p>



Mes: Abril 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Que las alumnas puedan establecer un contacto más cercano con las personas que colaboran en el centro a fin de conocer la manera de trabajo.</p> <p>Que las alumnas puedan aplicar todos los conocimientos aprendidos para poder comenzar el proceso para hacerse cargo de diferentes casos asignados por la Institución.</p>	<p>Actividades de rapport con las personas que colaboran en el centro de práctica Defensoría de la Mujer</p> <p>Atención a casos siguiendo las normas de la Institución</p>	<p>Actividades grupales que permitan desarrollar confianza entre estudiantes y colaboradores.</p> <p>Entrevistas con las personas que asistan.</p>	<p>Actividades grupales dirigidas a desarrollar confianza.</p> <p>Formulario de entrevistas a los pacientes.</p>	<p>Tanto personal de la institución como alumnas practicantes trabajaran en un ambiente de confianza.</p> <p>Las estudiantes podrán conocer a los padres de familia y comenzar a recabar datos de los pacientes y el porqué de la necesidad de recibir terapia.</p>

Mes: Mayo 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Que las alumnas puedan aplicar conocimientos adquiridos para el diagnóstico de casos de origen psicológico.</p> <p>Que las alumnas sean capaces de aplicar diferentes pruebas que puedan ayudar a dar el diagnóstico respectivo por cada caso.</p>	<p>Atención de casos siguiendo las normas de la Institución Defensoría de la Mujer</p> <p>Aplicación de Pruebas Proyectivas y Tests Psicológicos</p>	<p>Entrevista con niños para el añadir información a la de los padres.</p> <p>Se le aplicarán pruebas específicas a cada niño</p>	<p>Formato de entrevista ya sea elaborado por las alumnas o provisto por la institución.</p> <p>Tests que las alumnas llevarán y que la institución provea, según sea la necesidad.</p>	<p>Las alumnas podrán tener una información más completa para comenzar a realizar el informe respectivo por cada caso y así poder dar un diagnóstico.</p> <p>Con la aplicación de cada test y sus resultados se podrá tener un amplio conocimiento de las afecciones de cada niño para la aplicación de terapias propias de cada diagnóstico.</p>

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Que el alumno logre investigar temas relativos a los problemas psicopatológicos que encuentre</p> <p>Que el alumno sea capaz de cubrir necesidades básicas del Centro de Prácticas</p> <p>Que el alumno aplique sus conocimientos didácticos para el logro de comunicación de nuevos conocimientos hacia padres, niños y personal de la institución de Práctica.</p>	<p>Investigación de Temas</p> <p>Investigación de Temas</p> <p>Realizar capacitaciones que solicite la institución</p>	<p>Investigación a través de Internet, cuestionarios, bibliografía variada.</p> <p>Archivos de los pacientes</p> <p>Elaboración de historias clínicas.</p> <p>Capacitaciones</p> <p>Charlas</p>	<p>Internet</p> <p>Bibliografía variada</p> <p>Encuestas, cuestionarios, entrevistas</p> <p>Aplicación de test variados</p> <p>Investigaciones, Lecturas</p> <p>Presentaciones</p> <p>Power Point</p>	<p>Los alumnos tienen conocimientos actuales de varias problemáticas en el ámbito de la Psicología que les serán de ayuda para la realización de su práctica</p> <p>Todos los pacientes tendrán un record que podrá ayudar a la elaboración de un informe y una posible terapia.</p> <p>Padres, niños y personal de la institución tendrán información adecuada que les ayudará a las familias de los pacientes y a los pacientes mismos.</p>

Mes: Julio 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Que los alumnos practicantes apliquen todos sus conocimientos adquiridos durante la carrera en la desarrollo de su práctica	<p>Cobertura de necesidades del Centro de Prácticas</p> <p>Atención de Casos según las norma de la institución</p>	<p>Charlas, pláticas al personal según lo requiera la institución</p> <p>Aplicación de pruebas psicológicas según las normas de la institución</p>	<p>Investigación</p> <p>Presentaciones</p> <p>Proyector</p> <p>Test que proporcione la institución que específicos para cada caso</p>	<p>Los padres de familia, pacientes y personal de la institución adquieren nuevos conocimientos que pueden aplicar a sus vidas y al desarrollo del trabajo en la institución.</p>

Mes: Agosto 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Que los alumnos practicantes apliquen todos sus conocimientos adquiridos durante la carrera en la desarrollo de su práctica	<p>Cobertura de necesidades del Centro de Prácticas</p> <p>Atención de Casos según las norma de la institución</p>	<p>Charlas, pláticas al personal según lo requiera la institución</p> <p>Aplicación de pruebas psicológicas según las normas de la institución</p>	<p>Investigación</p> <p>Presentaciones</p> <p>Proyector</p> <p>Test que proporcione la institución que específicos para cada caso</p>	<p>Padres, pacientes y personal adquieren nuevos conocimientos que pueden aplicar a sus vidas y al desarrollo del trabajo en la institución.</p>

Mes: Septiembre 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Las alumnas practicantes tendrán la oportunidad de aplicar diferentes terapias según sea el diagnóstico de cada paciente</p> <p>Las alumnas practicantes tendrán la oportunidad de ayudar al personal del centro de prácticas a aplicar técnicas de prevención de problemas sociales.</p>	<p>Aplicación de terapias de acuerdo a los diagnósticos encontrados</p> <p>Aplicación de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo</p>	<p>Usando diferentes técnicas o terapias como la conductual-cognitiva o dependiendo del caso del paciente.</p>	<p>Material que proporcionará el centro de prácticas.</p> <p>Proyecto de Salud mental</p>	<p>Los pacientes podrán comenzar una terapia que les ayudará a solventar sus problemas</p> <p>El personal de la institución podrá conocer estrategias de prevención de problemas sociales en su área de riesgo.</p>

Mes: Octubre y Noviembre 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Asegurarse que el informe final de prácticas tenga todo lo necesario y que se alinee a los lineamientos de la Universidad y el Manual de Estilo. Entregar la copia final corregida y terminada Asegurar el aprendizaje de todo lo visto en clase durante el año.</p>	<p>Segunda y tercera revisión Final del Informe Entrega de Informe Examen Final</p>	<p>Se le entregará a la catedrática la copia final del trabajo de campo para que ella lo revise y lo valide.  Revisión del catedrático  Examen escrito</p>	<p>Observación  Observación  Examen escrito</p>	<p>La alumna logrará presentar un trabajo de calidad para las autoridades de la Universidad y ser aprobada para poder cerrar la carrera de Psicología Que la alumna logre culminar con éxito y eficacia uno de los requisitos para poder optar al título de Licenciada en Psicología y Consejería Social</p>

### 3.4 Subprogramas

#### 3.4.1 Programa de atención de casos

La defensoría de los derechos de la mujer está enfocada en atender problemas de denuncias; sin embargo, no tienen apoyo psicológico a las víctimas ya que por el impacto que les produce necesitan un apoyo de un profesional de la salud psicológica y es donde entra la participación de las practicantes de Psicología y Consejería Social.

#### Objetivos

- Que las alumnas practicantes apoyen a la institución en el proceso psicológico a los pacientes que llegan a la defensoría, en busca de ayuda.
- Que las alumnas practicantes orienten a los pacientes y a la familia acerca de cuales son las herramientas que necesitan en los principales problemas por los que llegan los pacientes, para ayudar a su familiar a tener una vida mas saludable a nivel psicológico.

#### 3.4.1.2 Cronograma de actividades

Fecha	Actividad
Marzo – Abril	Inducción
Abril – Agosto	Asignación y seguimiento de casos. Terapia personal y grupal
Septiembre	Conclusión de casos Impartir charla

### 3.4.2. Programa de Capacitación

Las y los alumnos que egresan de la Universidad Panamericana cerrando la carrera de Psicología y Consejería Social, han obtenido desarrollo integral en su especialización que les permite compartir sus conocimientos con grupos tanto de estudiantes de otros grados, como grupos de personas que deseen obtener capacitación en diferentes temas del ámbito psicológico. Por lo tanto, la Universidad cree necesario que dentro del programa de prácticas profesionales dirigidas, se lleve a cabo una serie de capacitaciones en diferentes instituciones para que el alumno que está culminando sus estudios pueda ejercerse en el ámbito de la enseñanza.

#### 3.4.2.1 Objetivos

- Que el alumno del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social ejercite sus habilidades de enseñanza en diferentes ámbitos y con grupos heterogéneos que deseen adquirir nuevos conocimientos.
- Que las personas capacitadas puedan desarrollarse a través de la enseñanza de excelencia que compartirán los alumnos practicantes.

#### 3.4.2.2 Cronograma de actividades

Fecha	Tema	Lugar de exposición
Abril 2009	La autoestima	La defensoría de la mujer
julio 2009	relaciones interpersonales	La defensoría de la mujer



## Capítulo 4

### Presentación de resultados

#### Introducción

Los datos que se presentan, son el resultado de los conocimientos adquiridos a través de varios años de aprendizaje. La Practica Profesional Dirigida contribuye a que el alumno o alumna practicante de la carrera de Psicología y Consejería Social, pueda poner en práctica lo que ha aprendido durante el curso, y puede ser de ayuda a personas con problemas de la vida cotidiana. Esta práctica es monitoreada por una catedrática con experiencia en el ramo.

El lector también podrá encontrar las diferentes planificaciones de las charlas impartidas en diferentes instituciones, análisis de resultados gráficas descriptivas.

#### 4.1 Programa de atención de casos

##### 4.1.1 Logros

Se atendió el 60% de casos

Las personas víctimas de violencia intrafamiliar fue un 40%, un 30% grado de estrés, un 20% problemas de parejas, un 10% de problemas legal

##### 4.1.2 Limitaciones

- No hubo un lugar adecuado para atender a las personas que asisten a las consultas.
- Los recursos eran limitados.

### 4.1.3 Conclusiones

- La defensoría de la mujer cuenta con muy pocos fondos para poder agenciarse de suficiente material para poder atender a los pacientes que llegan.
- La defensoría de la mujer cuenta con muy pocos fondos para poder tener profesionales de planta.
- La atención se casos se concluyó con éxito, la administración de la institución de la defensoría de la mujer refirió que los objetivos se alcanzaron.

### 4.1.4 Recomendaciones

- . Implementar un centro de práctica en psicología.
- Implementar un centro de práctica en psicología.
- Que exista un área específica para la atención de las personas que visitan la DEFEM.
- Delegar a una persona que tenga conocimientos mínimos para atender a las personas que llegan en crisis.

### 4.1.5. Muestra de cinco casos atendidos

#### Caso 1

#### Datos generales

- Fecha: 5-5-09
- Nombre. S. G. M
- Edad. 35
- Ocupación. Ama de casa
- Estado civil. Soltera
- Dirección donde vive.

## 2. Motivo de consulta

La señora presenta baja autoestima y depresión debido a un problema que le ocurrió al inicio de su adolescencia, se siente triste por estar lejos de su mamá. Desde el punto de vista psicológico la señora necesita de un seguimiento en cuanto a tratamiento psicológico

## 3. Historia del problema

El problema ocurrido cuando ella era muy pequeña y sus amigas la trataban muy mal. Este motivo es por el cual ella manifiesta incomodidad con ella misma por no saber porque hasta ahora le está perjudicando, ya no es la misma de antes. Cuenta que desde hace meses empezó a tener problemas en su cuidado personal.

## 4. Historia clínica o antecedentes

No duerme bien porque piensa mucho y eso le quita el sueño, piensa constantemente en su estado personal. No se está alimentando bien bien, tiene cefaleas muy frecuentes.

## 5. Historia familiar

La señora es originaria del San Marcos, no tiene familia solo su mamá que esta en los Estados Unidos y al separarse de ella le dolió mucho indica y que solo por teléfono se comunican. Su padre falleció; este fue uno de los motivos por el cual la mamá tuvo que ir a trabajar al extranjero.

## 6. Examen mental

Apariencia, callada, tímida, triste, noble, inquieta. Actitud: noble, responsable, colaboradora, Conducta: cuando ya tiene confianza se expresa con más facilidad. Lenguaje: fluido, luego. Curso de pensamiento: espera un momento para responder lo que se le ha preguntado, en algunas ocasiones hay que regresarla al tema porque se desviaba. Contenido de pensamiento: distraída.

Percepción: es una mujer que ha sufrido desde niña, le hace falta cariño, atención, amor y comprensión. Humor triste, es susceptible. Memoria: reciente recuerda las cosas con facilidad. Afecto: es una persona muy aislada, sola es susceptible. Control de impulsos: es callada, tranquila. Orientación: normal. Capacidad de *INSIGHT*: identifica con facilidad el motivo de su situación. Inteligencia: tiene un CI normal

## 7. Evaluación multiaxial

EJE I F41 Trastorno de ansiedad generalizada (529)

EJE II, ningún

EJE III, cefaleas

EJE IV, problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V, EEAG 75

## 8. Tratamiento

Se debe iniciar un plan terapéutico para ayudarla a fortalecer su autoestima así como su estado de angustia posiblemente depresión se utilizará la terapia cognitivo conductual.

## Caso 2

### 1) Datos generales

- Fecha: 31/04/09
- Nombre de la afectada. M.G.L
- Edad. 39 años
- Estado civil. Casada
- Dirección donde vive.

## 2. Motivo de consulta

La señora presenta un estado depresivo debido a la situación de violencia que vive en la relación de pareja desde hace 8 años; la señora M.G.L. manifiesta que su esposo es muy abusivo y que la maltrata mucho a ella y a su hijo, el joven .

## 3. Historia del problema

La señora cuenta que desde que se casó ha sido víctima de abuso físico y psicológico

## 4. Historia clínica o antecedentes

La señora M.G.L manifiesta que este problema le está perjudicando tanto que solo se la pasa enferma y con deseos de dormir mucho.

## 5. Historia familiar

La señora cuenta que cuando se casó tenían una bonita relación, pero a través del tiempo su esposo se puso muy agresivo con ella y con sus hijos los cuales también son víctimas. La madre de la señora murió cuando ella tenía 13 años y ella se fue a vivir sola con su padre y hermanos, es hija única, se casó a los 24 años y se divorció a los dos años de casada.

## 6. Examen mental

Apariencia, es una mujer muy segura de sí misma, es profesional, expresiva y muy sensible. Actitud es muy colaboradora, responsable, pasiva. Conducta: se expresa con facilidad, es colaboradora, da confianza. Lenguaje: muy claro. Curso de pensamiento: lleva con mucha claridad el hilo de la comunicación. Contenido de pensamiento: el centro de todos sus problemas están relacionados con la forma violenta de su esposo. Percepción: es una mujer que ha tenido varios problemas emocionales en la vida como la pérdida de su madre, su divorcio anterior y la situación de ahora. Humor: da confianza con facilidad, es amable, algunas veces bromista.

Memoria, tiene muy buena retención, esta una segunda carrera universitaria. Afecto: es susceptible, amigable. Control de impulsos, manifiesta que con su hijo no se controla que últimamente se irrita con facilidad, es educada. Orientación: hace buenos análisis de su situación, lleva el ritmo de la comunicación. Capacidad de *INSIGHT*: tienen claridad de su situación. Confiabilidad: es agradable, inspira confianza, es espontánea, inteligencia, tienen un CI elevado, es fácil de llegar acuerdos con ella.

## 7. Evaluación multiaxial

EJE 1, Trastorno de ansiedad (477)

EJE II, sin diagnóstico

EJE III, sin diagnóstico

EJE IV, al grupo primario de apoyo

EJE V, EEAG 65

## 8. Tratamiento

Se orientó a la paciente para que pudiera resolver plenamente sus actitudes y sustituir sus sentimientos con un nuevo y mejor ajuste, el primer paso fue dejarla que expresara francamente los temores, dudas e inseguridad que le impiden ser feliz, la oportunidad de discutir esos sentimientos es un aspecto importante.

## Caso 3

### 1) Datos generales

- Fecha: 14/05/09
- Nombre de la afectada. M.T.
- Edad. 42 años
- Estado civil. Casada
- Dirección donde vive.

## 2) Motivo de consulta

Presenta un estado depresivo, tristeza profunda; manifiesta sentirse culpable por haber tenido una relación con un hombre casado el cual ya falleció. Y ella dice que toda su desdicha es por que, Dios la esta castigando por la relación que tuvo anteriormente con el padre de su hijo de 8 años.

## 3) Historia del problema

La señora M.T dice que toda su desdicha es por que Dios la está castigando por la relación que tuvo anteriormente con el padre de su hijo de 8 años, que la gente le dice que es por esa situación y dice sentirse muy culpable.

## 4) Historia clínica o antecedente

Cuando ella vivía en su pueblo conoció al padre de su hijo, el era un hombre casado, la quería mucho, le ayudaba con el niño y el fue su primer novio; pero el falleció cuando el niño tenía 4 años.

## 5) Historia familiar

La señora cuenta que cuando ella quedo embarazada de su hijo su papá y hermanos la sacaron de su casa por que ella era una vergüenza en su familia, manifiesta que en su cultura indígena en estos casos las muchachas son una vergüenza para la familia y por lo tanto no tuvo el apoyo de la familia.

## 6) Examen mental

Apariencia: es de condición humilde, un poco desarreglada, distraída, callada. Actitud: es noble, tímida, pasiva. Conducta: no da mucha confianza, tienen dificultades para expresarse. Lenguaje: pasivo, algo confuso. Curso de pensamiento: espera un momento para responder, a veces hay que

repetirle la pregunta. Contenido de pensamiento: esta consciente que ella es muy tímida, dice que le cuesta mantener un trabajo, que no sabe hacer muchas cosas. Percepción: se evidencia que ella ha sufrido desde muy niña y que es una mujer muy sola, carente de atención, cariño y amor. Humor: cuando se ha ganado la confianza ella se expresa con mas facilidad, se sonríe muy poco. Memoria: se le olvidan las cosas con facilidad. Afecto: vive mucho tiempo sola, es aislada susceptible. Control de impulsos: es tranquila, callada. Orientación: hay un poco de dificultad para que se concentre en lo que esta haciendo. Capacidad de INSIGHT: pone atención a lo que se le esta explicando pero también olvida con facilidad las cosas. Confiabilidad: cuando ella se siente en confianza es más platicadora. Inteligencia: tienen un CI muy bajo pero es una persona que escucha y es persistente.

## 7. Evaluación multiaxial

EJE I, Trastorno del estado de ánimo

EJE II, no hay diagnóstico,

EJE III, no hay diagnóstico

EJE IV, problemas laborales. Relativos al grupo primario de apoyo. Relativos al ambiente social.

EJE V, EEAG 70

## 8. Tratamiento

Conductual y cognitivo –conductual

1. Tratamientos farmacológicos
2. Tratamientos cognitivos
3. Tratamientos conductuales

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

1. Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.



2. Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.
3. Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones.
4. Poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionan oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.
5. Se ayudo a que la paciente distinguiera los sentimientos de culpa ficticia de aquello que es resultado de transgredir las leyes de Dios; para que la paciente comprendiera que padece de una culpa no proveniente de la obra de convicción del Espíritu Santo.

## Caso 4

### 1. Datos generales

- Fecha: 28/05/09
- Nombre de la afectada. J.O.L
- Edad. 28 años
- Estado civil. Casada
- Dirección donde vive.

### 2) Motivo de consulta

La señora J.O.L. manifiesta que su esposo la trata muy mal psicológicamente, que es un hombre muy mujeriego y ella es muy celosa con él; ella expresa que esta situación la tiene con un bajo estado de ánimo.

### 3) Historia del problema

E.M cuenta que su esposo es alcalde de un municipio y que tienen comunicación con varias muchachas del lugar y que la gente le cuenta a ella que lo han visto con algunas mujeres, situación que ella le ha reclamado en muchas oportunidades y en ese momento inician las peleas entre ellos.

#### 4) Historia clínica o antecedente

Cuenta que cuando su esposo no tenía el cargo de alcalde no tenían problemas, que al principio era muy cariñoso, expresivo, pero que de un tiempo para este ha cambiado mucho; ella dejó todo por seguirlo a él, sus estudios, su familia, y que en el municipio donde están viviendo ella no tiene a nadie de su familia y se siente muy sola.

#### 5) Historia familiar

Toda su familia vive en la capital y ella es la única que está lejos; en este momento ella está embarazada nuevamente, ya tienen un niño de dos años y dice que está consciente que no fue el mejor momento para embarazarse pues no sabe que va a pasar con su relación de pareja.

#### 6) Examen mental

Apariencia, es una mujer, joven, inteligente, expresiva. Actitud: amable, responsable. Conducta: da confianza con facilidad, se expresa muy bien, saludable. Lenguaje: fluido bien expresado. Curso de pensamiento: es analítica. Cuestionamiento: lógico. Contenido de pensamiento: esta consciente que le afecta lo que la gente le dice. Percepción: es una mujer muy enamorada u extremadamente celosa, insegura de su pareja. Humor: es muy seria, da confianza con facilidad. Memoria: estar en muchas actividades le hace olvidar sus problemas, tienen buena capacidad de análisis. Afecto: le gusta compartir con la gente y relacionarse. Control de impulsos: es una mujer muy equilibrada. Orientación: lleva muy bien el ritmo de conversación. Capacidad de *INSAIGHT*: esta consciente de la problemática que le esta afectando. Confiabilidad: es espontanea, da confianza. Inteligencia: tiene un CI elevado, esta cerrando en derecho, buena capacidad para analizar.

## 7. Evaluación multiaxial

EJE 1, sin diagnóstico

EJE II, tras. Por dependencia

EJE III, no hay diagnóstico

EJE IV, no hay diagnóstico

EJE V, 80

## 8. Tratamiento

Se trabajaron las áreas positivas en su vida, el nivel de autoestima, la aceptación, técnicas de relajación, se analizó una lectura llamada “el camión de basura”

## Caso 5

### 1) Datos personales

- Fecha: 21/05/09
- Nombre de la afectada. O.B
- Edad. 39 años
- Estado civil. Casada
- Dirección donde vive.
- Santa Catarina Pínula

### 2) Motivo de consulta

La señora O.B.. Expresa que con su esposo llevaban una relación muy bonita hasta que su esposo decidió tener otra relación amorosa; han llegado al punto de separarse pero luego de 3 meses él volvió a la casa, pero la relación continua muy mal.

### 3) Historia del problema

La persona con quien su esposo ha tenido una relación es una compañera de trabajo de M. y también de su esposo, la relación ha tardado varios meses, ella le ha planteado a su esposo que lo mejor es que se divorcien. Lo que más desespera a M. es que su esposo le dice que no siente placer estar con ella.

### 4) Historia clínica o antecedente

La señora M. cuenta que cuando estaban recién casados su esposo era más detallista y que se casaron por que ella ya estaba embarazada. Dice que su tormento inicia cuando él le confiesa que tiene otra relación y que él la quiere a ella pero también a la otra persona.

### 5) Historia familiar

Tienen 2 hijos varones, viven en casa de los suegros ella cuenta que tiene el apoyo de ellos, la quieren mucho y que su esposo a raíz de los problemas no la deja ir donde sus papás para que no se enteren de los problemas, los dos ellos son maestros y trabajan en el mismo lugar.

### 6) Examen mental

Apariencia: un poco descuidada, sencilla, noble. Actitud: expresiva, amable, respetuosa. Conducta: da confianza, desesperada. Lenguaje: se expresa muy bien con claridad, demuestra sinceridad. Curso de pensamiento: por ratos pierde el control y suelta en llorar, esta consciente cuanto les afecta a toda la familia esta situación. Contenido de pensamiento: se muestra muy segura de querer separarse, todo gira en torno a la infidelidad de su esposo. Percepción: es una mujer llena de vida, con una energía sexual frustrada, muy sola, triste. Humor: cuando esta contenta hace bromas, amable. Memoria: recuerda las cosas con facilidad. Afecto: es susceptible, con pocas amigas. Control de impulsos: es tímida, tranquila. Orientación: se concentra en la conversación, escucha. Capacidad de INSIGHT: esta consciente de que sus problemas no solo la

afectan a ella si o a sus hijos y a su familia. Confiabilidad: demuestra sinceridad, da confianza.  
Inteligencia: es muy hábil, analítica y perseverante.

## 7. Evaluación multiaxial

EJE 1, trastorno del estado de ánimo

EJE II, no hay diagnóstico

EJE III, no hay diagnóstico

EJE IV, no hay diagnóstico

EJE V, 90

## 8. Tratamiento

Trabajo el nivel de autoestima, aceptación personal, se trabajaron terapias individuales y de pareja. Se tuvieron 4 sesiones individuales y 3 de parejas, se trabajaron los modelos del psicoanálisis la exploración de cada etapa de su niñez, familia, adolescencia y adulto; se trabajó el aprendizaje social, se le dejaron, tareas, como leer un libro llamado “cuando las mujeres aman demasiado” ver y analizar una película, se leyeron dos historias de la vida real.

### 4.1.6. Programa de proyecto de salud mental

#### a) Objetivos

El Proyecto de Salud Mental “Libera tu mente” se llevará a cabo por las alumnas de 5to año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, extensión El Naranjo, en la Iglesia de Dios Evangelio Completo del Barrio San Antonio de la zona 6, ciudad de Guatemala, la cual cuenta con cincuenta y cinco años de fundada.

Este proyecto tiene como objetivo promover la salud mental de las familias y personas individuales que asisten a la iglesia y viven en las áreas circunvecinas, apoyando el trabajo que

realizan los pastores Adolfo Efraín Barrientos Rivas y Vilda Marina Mejía Salazar de Barrientos en esta área de la Ciudad. Así como también el proyecto intenta brindar las herramientas que provean de apoyo a la población que se atiende, para que tomen una actitud asertiva ante el diario vivir, la crisis presente y sus necesidades de índole emocional.

“Libera tu mente” tocará temas relacionados con: problemas familiares, matrimoniales, juveniles, madres solteras, niños de hogares desintegrados, la toma de decisiones asertivas y otros que puedan coadyuvar a la comunidad a la que va dirigida. El proyecto se desarrollará por medio de una plenaria general donde se hablará de la actitud que deben tener las personas para promover su salud mental, luego se impartirán cuatro talleres simultáneos por la mañana en dos turnos y, temprano en la tarde se brindará servicio de clínicas de consejería y terapia psicológica individual y de parejas.

#### 4.1.6.1. Justificación

De acuerdo al diccionario en línea Wikipedia, la “salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y potencial emocional, entre otros.

Hoy en día la salud mental es un tema que ha adquirido una importancia mayor; se dice que el estrés, la depresión, la angustia, son problemas que están afectando a la población mundial, mayormente a los países en desarrollo y los que están en vías de desarrollo. Las clínicas psicológicas y de consejería son más conocidas y visitadas por muchas personas, más que en el pasado.

Pero aún existen grupos que no creen que la psicología sea un buen medio para dar alivio a los males psicológicos puesto que creen que no son de Dios, esto es, la Iglesia evangélica en su mayoría.

Aunque la Iglesia evangélica cree que la consejería psicológica promueve la creencia que los problemas que afectan adversamente al estado mental y emocional de la persona es determinada por circunstancias externas a la persona, como el abuso de parte de los padres o el ambiente en el cual la persona ha crecido y se apoya de versos bíblicos como el que asevera que el corazón maligno del hombre y sus decisiones pecaminosas causan sus problemas emocionales, mentales y de su comportamiento en general. "Por que de adentro, del corazón humano, salen los malos pensamientos, la inmoralidad sexual, los robos, los homicidios, los adulterios, la avaricia, la maldad, el engaño, el libertinaje, la envidia, la calumnia, la arrogancia y la necedad. Todos estos males vienen de adentro y contaminan a la persona" (Marcos 7:21-23). Por lo tanto todo debe tratarse de manera espiritual. Pero yendo a la Palabra de Dios, esto no quiere decir que el hombre no necesite de un apoyo emocional que le ayude a tener una calidad de vida como el mismo Jesús lo hizo saber, "...yo he venido para que tengan vida, y la tengan en abundancia" Juan 10:10.

La salud mental es, cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

La falta de salud mental puede ocurrir en cualquier ámbito social o a nivel particular. Las iglesias evangélicas, que también se catalogan como un grupo social, padecen de problemas de esta índole, a estas llegan personas con múltiples problemas emocionales, psicológicos, psicosomáticos y psicopatológicos, con la esperanza de encontrar sanidad del alma (psique); por lo tanto, también necesitan ser apoyadas en procesos psicológicos tales como terapias de diferentes tipos, talleres y charlas motivacionales con el fin de orientarlos hacia una salud mental.

Es motivador el saber que varios pastores se están abriendo a esta posibilidad y por esta razón es necesario elaborar programas que lleguen a esta población, aprovechando la apertura que muchas

iglesias evangélicas están teniendo. Se debe, por lo tanto, elaborar programas que satisfagan las necesidades psicológicas-espirituales, de forma que sean llenadas de manera satisfactoria.

#### 4.1.6.2. Objetivo general:

Proveer herramientas que contribuyan a la salud mental de la población guatemalteca a través de una jornada psicológica.

#### 4.1.6.3. Objetivos específicos:

- Apoyar a la comunidad del Barrio San Antonio a través de una jornada de salud mental para la búsqueda de un beneficio en su equilibrio emocional.
- Identificar conflictos más relevantes de las personas que soliciten el apoyo durante el desarrollo de la actividad.
- Promover el interés de las personas asistentes a la actividad sobre la importancia de la salud mental.



b) Agenda de trabajo

No.	ACTIVIDAD	LUGAR	HORA	ALUMNA RESPONSABLE
1	Registro y bienvenida de Participantes asistentes	1er. piso del templo	8:00 – 8:30	Colaboradores de la iglesia
2	Plenaria “Actitud...”	Templo	8:30 – 9:15	Todas las alumnas
3	1ª. ronda talleres simultáneos	2º. nivel del templo	9:25 – 10:15	Todas las alumnas
3.1	Violencia en la escuela y autoestima, yo decido, presión de grupo	Salón 4		Niños y adolescentes: Evelyn Calderón, Kinsa Ligorria, Patricia Santos
3.2	Comunicación asertiva, inteligencia emocional,	Salón 3		Parejas – María Elena González, Sara Avendaño, Elizabeth Recinos, Yolanda Salazar
3.3	Relación padres e hijos, Violencia intrafamiliar y autoestima	Salón 1		Abierto – Brenda, Patti Luna, Dinelda Vallar, Amparo Vázquez
3.4	Enfrentando la crisis,	Salón 5		Abierto – Ada Cavaría, Hercilia Moreno, Thelma Falla
4.	Refacción	2º. nivel	10:15 – 10:45	Alumnas y colaboradores
5.	2ª. ronda talleres simultáneos, igual que la 1ª. Ronda	2º. nivel	11:00 – 11:50	La misma distribución que en la primera ronda - todas las alumnas
6.	Almuerzo	2º. nivel	12:00 –	Colaboradores de la iglesia

			13:00	
7.	Clínicas simultáneas	Salones de 2º. y 3er. nivel	13:00 – 15:00	Todas las alumnas
7.1	Atención a niños	Salón 5		Kinsa Ligorria, Patricia Santos
7.2	Atención a adolescentes	Salón 4		María Elena González, Patricia Luna, Evelyn Calderón
7.3	Adultos individuales	Salón 3		Elizabeth Recinos, Thelma Falla, Amparo Vásquez, Sara Avendaño, Dinelda Vallar
7.4	Parejas	Salón 1		Ada Chavarría, Brenda Soto, Hercilia Moreno, Yolanda Salazar
8.	Cierre y despedida Pastor, colaboradores, grupo de estudiantes	Templo	15:30 – 15:45	Patricia Luna y todas las alumnas.

### c) Recursos

#### a) Humanos

- Estudiantes de 5º. Año de la Licenciatura en Psicología y Consejería de la Universidad Panamericana, extensión El Naranjo.
- Pastores anfitriones: Adolfo Efraín Barrientos Rivas y Vilda María Mejía Salazar de Barrientos. - Pastores colaboradores.
- Colaboradores: siete miembros de la iglesia.
- Asistentes: familias y personas individuales de la comunidad de la iglesia y colonias aledañas al Barrio San Antonio (Colonia Noruega, Militar Zona 6, Cipresales, San Juan de Dios, Colonia Nueva San Antonio).

b) Físicos

- Instalaciones de la iglesia: templo, salones, oficinas, áreas en común, cocina, baños, pizarrones de formica, sillas, mesas, bancas

c) Materiales

- Papelería impresa, gafetes, trifoliales, volantes, hojas de evaluación, tinta e impresora, croquis de la ubicación, información de actividades, etc.
- Marcadores y almohadillas para pizarrones, papel bond, lapiceros, rotafolios, marcadores, etc
- Materiales audiovisual, laptop, cañonera, retroproyector, televisión, videocassetera, micrófono, bocinas, etc

d) Financieros

- Aporte de las alumnas

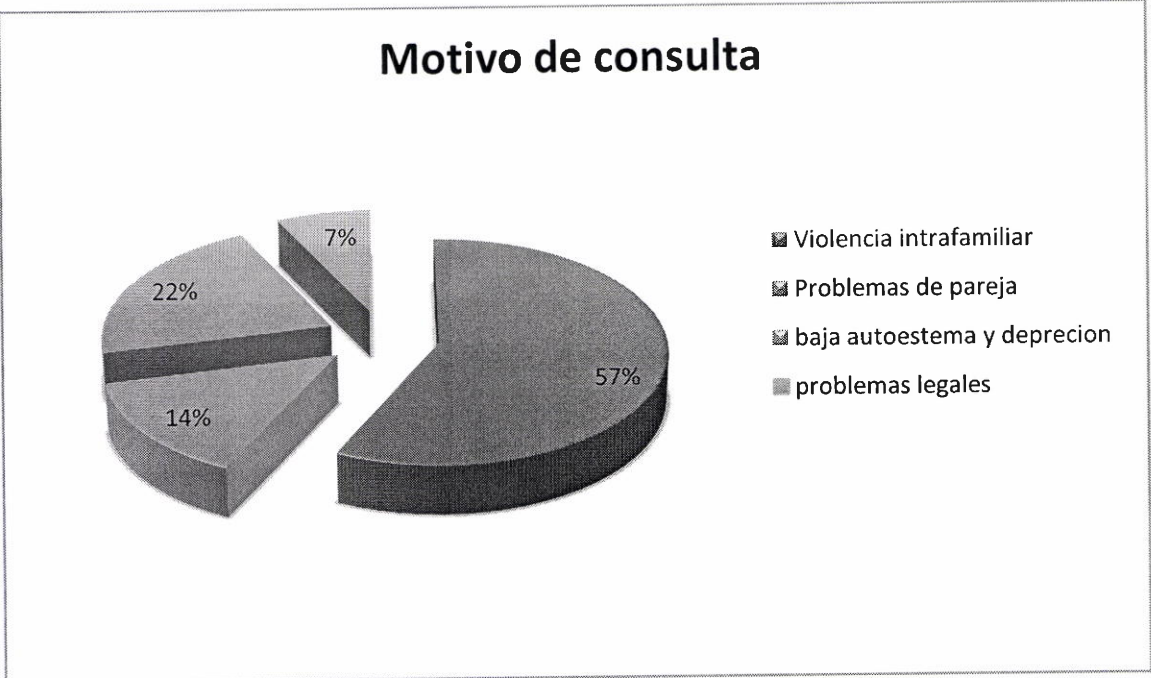
d) Cronograma de actividades

No.	Fecha	Actividad	Reponsable
1	25-08-09	Asignación del proyecto Distribución del contenido del proyecto Descripción Justificación Objetivos: General y Específicos Actividades Cronograma Pasar revisar y unificar la información, enviarlo por correo electrónico a todas las compañeras	Licda. Sonia Pappa María ElenaGonzález Dinelda Vallar Thelma Falla María ElenaGonzález Elizabeth Recinos Ada Rocina, Evelyn Calderón, Patricia Luna Amparo Vásquez Yolanda Salazar Hercilia Moreno Brenda Soto Patricia Santos Sara Avendaño Kinsa Ligorria
2	01-09-09	Trabajar en borrador de proyecto, distribución de temas de talleres y atención personalizada en clínica	En el aula, las asistentes
3	09-09-09	Visita de campo, conocer las instalaciones de la iglesia e intercambiar información con Pastores. Elaboración de croquis	Dinelda Vallar Thelma Falla
4	11-09-09	2da. revisión de proyecto por Licda. Sonia Pappa	Thelma Falla
5	17-09-09	Elaboración de gafetes, hojas de inscripción	María Elena González
6	18-09-09	A Lic. Mario Salazar informar y solicitar permiso para faltar el sábado 3 a la Universidad, e información a catedráticas de Campus El Naranjo	Dinelda Vallar, Amparo Vásquez, Elia Salazar, Thelma Falla, María Elena González
7	22-09-09	Asignación comisiones y contenido del proyecto	Licda. Sonia Pappa y

		<p>Bienvenida</p> <p>Inscripción de talleristas</p> <p>Asignación e identificación de aulas para talleres 2º. nivel</p> <p>Asignación e identificación de aulas para talleres 3º nivel para clínicas</p> <p>Plenaria</p> <p>Coordinar con colaboradores</p> <p>Coordinar refacción (café y champurradas)</p> <p>Coordinar almuerzo</p> <p>Cierre de jornada y despedida</p>	<p>alumnas en el aula</p> <p>Colaboradores de la iglesia</p> <p>Brenda Soto Yolanda Salazar</p> <p>Kinsa Ligorria</p> <p>Sara Avendaño</p> <p>Todas las alumnas</p> <p>Patricia Santos</p> <p>Colaboradores</p> <p>Colaboradores de cocina</p> <p>Todas las alumnas</p>
8	29-09-09	Ultimar detalles, coordinar comisiones	Alumnas en el aula
9	01-10-09	Visita de campo, conocer colaboradores de la iglesia, con pastores, jueves por la noche 19:00 horas)	Dinelda Vallar Thelma Falla
10	03-10-09	Jornada de Salud Mental	Todas las alumnas
11	06-10-09	Elaboración de informe del proyecto	Alumnas en el aula
12	13-10-09	Presentación informe final	Cada alumna a Licda. Sonia Pappa

4.1.7. Estadísticas de pacientes

Gráfica 1

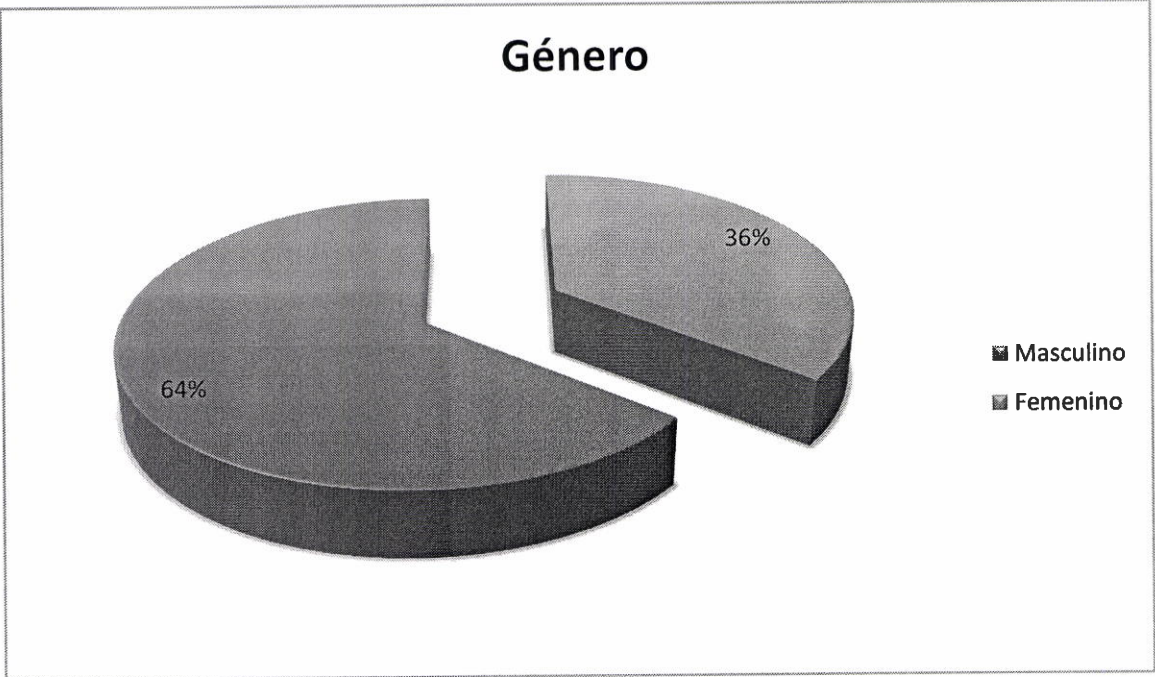


Fuente: es propia

Análisis de datos gráfica 1

Se observa el rango de la violencia intrafamiliar son de 57% que se atendieron en el centro de práctica, la misma refleja que la mayor población atendida son adultos.

Gráfica 2

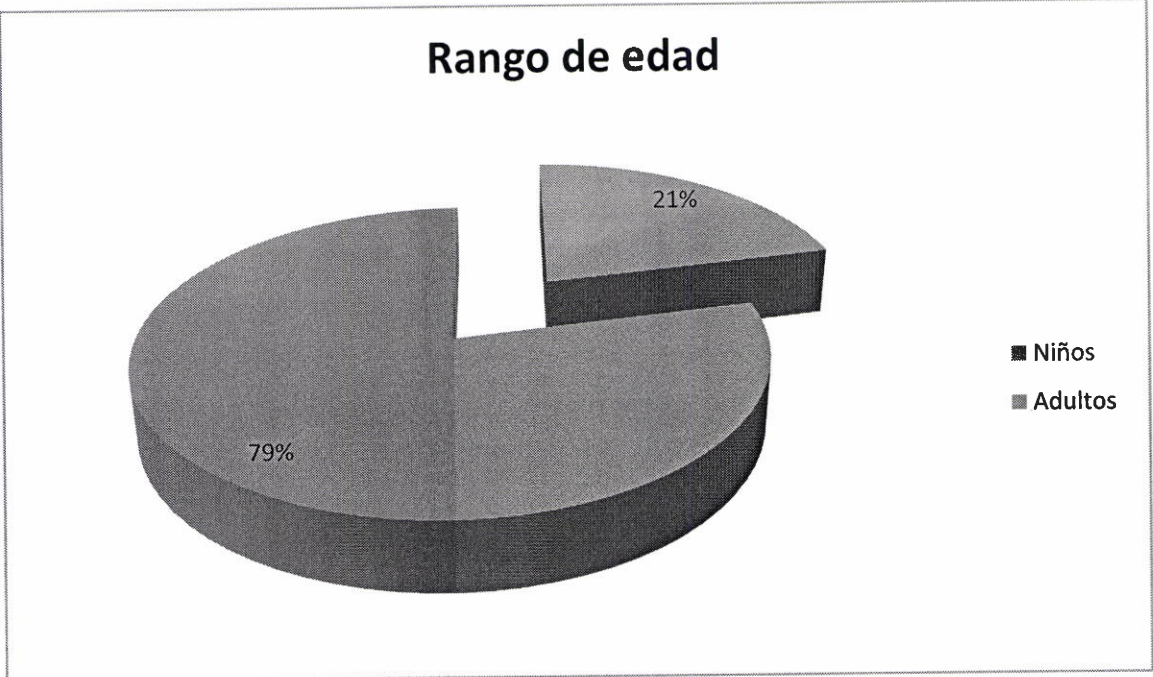


Fuente: es propia

Análisis de datos gráfica 2

Se visualiza la población atendida por la clasificación de orden de género la misma refleja que un 64% fueron mujeres.

Gráfica 3



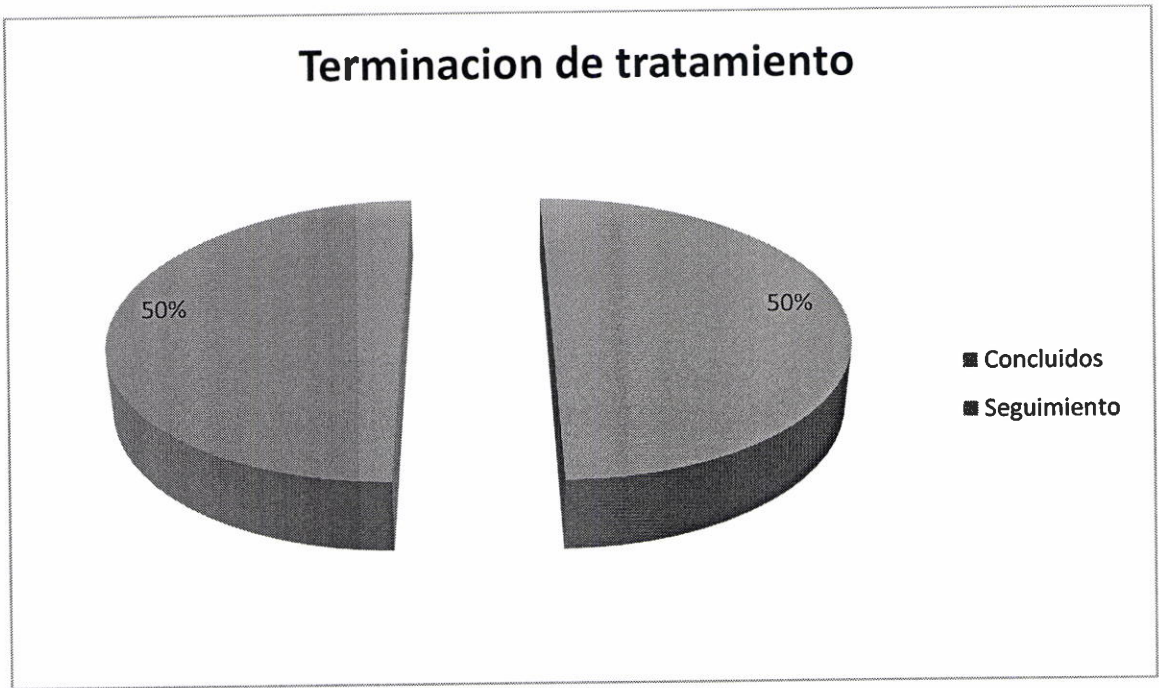
Fuente: es propia

Análisis de datos gráfica 3

Se refleja que un 79% de los casos atendidos fueron adultos.



Gráfica 4

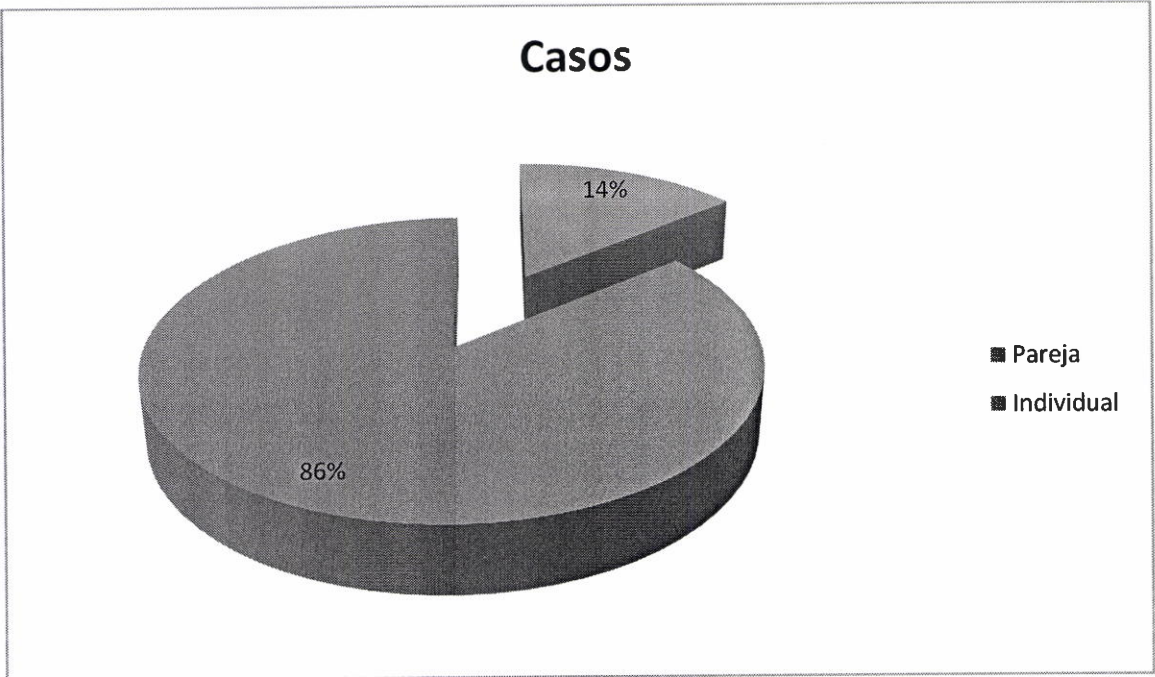


Fuente: es propia

Análisis de datos gráfica 4

Se puede ver que un 50% de tratamientos de los casos necesitan de un seguimiento y un 50% fueron concluidos.

Gráfica 5



Fuente: es propia

Análisis de datos gráfica 5

Se puede comprobar que el 86% son personas individuales y 14% son parejas de los casos atendidos.

## 4.1.8. Programa de proyecto de salud mental

### 4.1.8.1. Logros

- Se logró atender aproximadamente a 30 personas en clínica individual.
- Se dio una charla acerca de la asertividad
- Se trabajó con los niños los temas de la importancia de su individualidad y sus derechos como niños.
- Se informó a grandes rasgos sobre violencia intrafamiliar y violencia escolar.
- Se realizaron mimos en las calles los cuales llevaron a varias personas a participar en la actividad.

### 4.1.8.1. Limitaciones

- Una de las mayores limitaciones fue el poco interés de los miembros de la iglesia. La promoción se hizo, pero la asistencia fue poca.
- Otra de las limitaciones fue la poca afluencia de personas en sí.
- No se logró dar todos los temas previstos

### 4.1.8.3. Conclusiones

- La mayoría de las personas que asistieron al evento llegaron con mucha necesidad de ayuda psicológica necesitaban un seguimiento lo cual se les oriento como seguir su terapia.
- Se ayudó a todas las personas que quisieron y los pastores de la iglesia quedaron satisfechos por el trabajo y con deseos de recibir mas apoyo de proyectos como el realizado por la universidad.

#### 4.1.8.4. Recomendaciones

- Es recomendable que haya una comunicación con los contactos donde se realizará la actividad y que todo el grupo participante se involucre.
- Siempre contar con un plan B.
- Llevar diferentes clases de actividades para los niños.

#### 4.1.8.5. Taller impartido a grupo de 20 personas

Tema: La comunicación asertiva

Contenido:

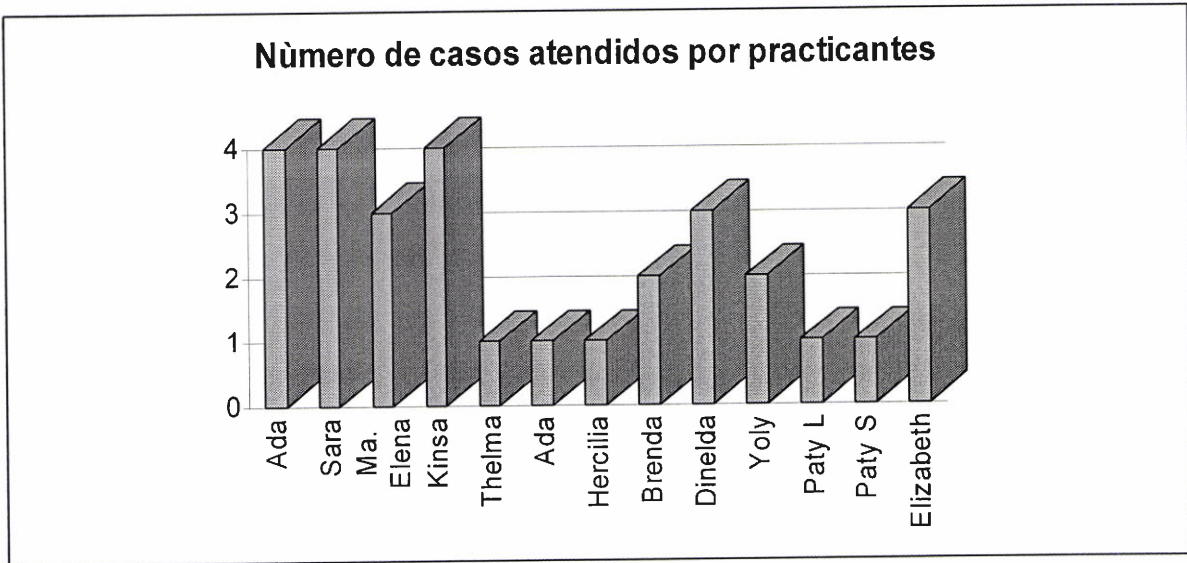
- Qué es la asertividad
- Características de las personas asertivas
- Pasos para la comunicación asertiva

Dinámicas:

- Trabajo en grupos: estudio de caso
- Llenar cuestionario de asertividad

#### 4.1.9. Gráficas y análisis de resultados del proyecto de salud mental

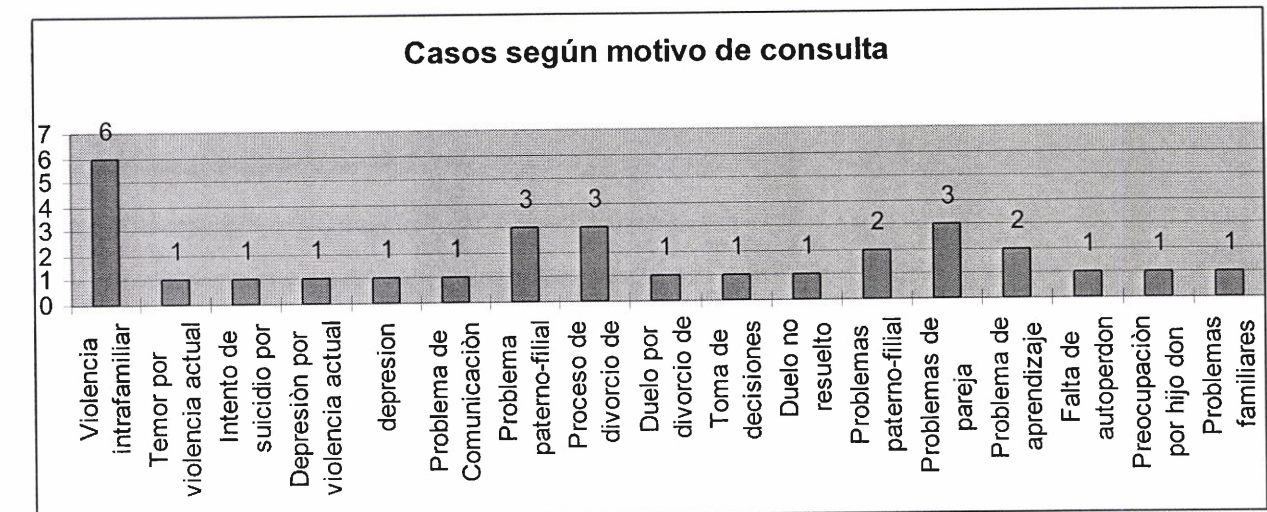
Gráfica No. 1



Fuente Probia

De acuerdo a la gráfica, tres alumnas atendieron cuatro casos, tres atendieron tres casos, dos atendieron dos casos y cinco alumnas atendieron 1 caso. En total se atendieron 30 casos individuales.

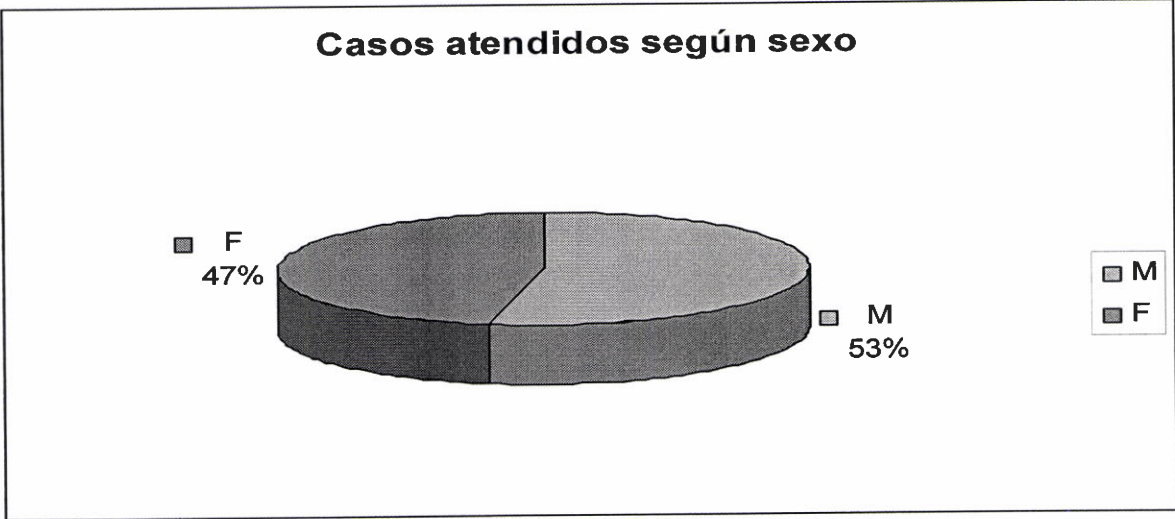
Gráfica No. 2



Fuente Probia

De acuerdo a la gráfica anterior, la mayoría de los casos atendidos fue a causa de violencia de varios tipos: intrafamiliar, violencia actual. Otros significantes fueron los problemas familiares ya sea paterno-filial o de pareja.

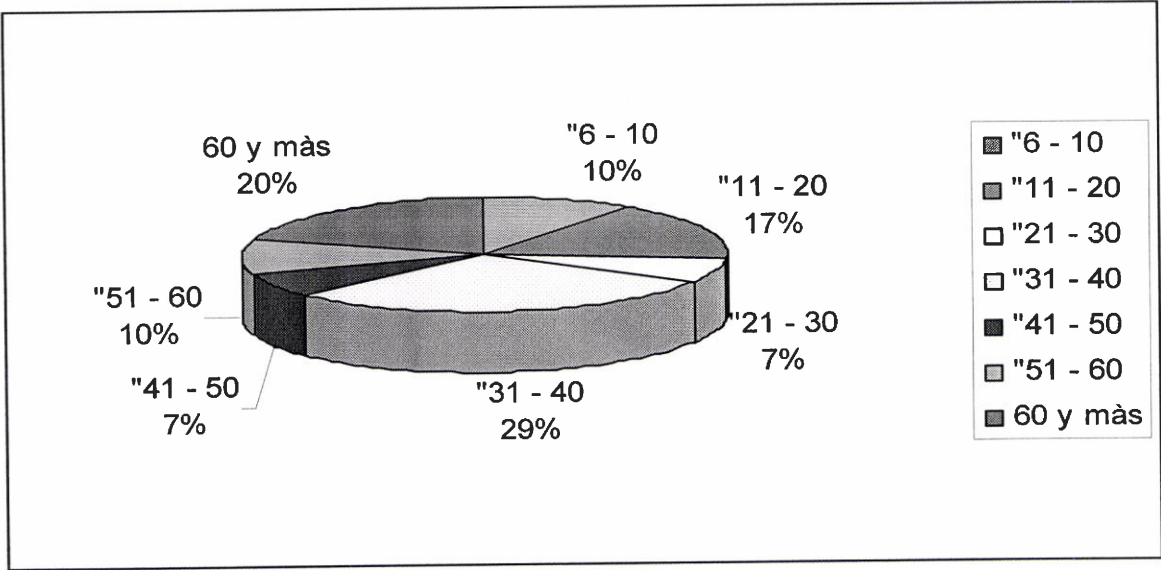
Gráfica No. 3



Fuente Probia

El mayor porcentaje de casos tratados fue a mujeres, aunque fue bastante parejo el porcentaje.

Gràfica No. 4



Fuente Propia

El mayor porcentaje de casos tratados fue a personas entre el rango de edad de 31 a 40. En un segundo lugar est\u00e1n las personas entre el rango de 60 y m\u00e1s. Esto da un total de un 49% de personas adultas de las edades 31 y m\u00e1s.

## Conclusiones

Se logró integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Se adquirieron destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas funcionar adecuadamente.

Se puso en práctica todo lo aprendido durante la carrera.

Se apoyó con terapias a los problemas psicológicos a niños adolescentes y adultos que así lo requirieron durante la Práctica Profesional Dirigida.

La elaboración del proyecto salud mental fue una experiencia inolvidable durante el transcurso de la práctica.

La Práctica Profesional Dirigida es una oportunidad para que el estudiante de Psicología ponga en práctica todo el conocimiento adquirido que obtuvo durante los años de estudio.

La Práctica Profesional Dirigida, además de ayudar al estudiante en el inicio de su carrera, provee de apoyo a todos los centros involucrados en la realización de la misma, siempre bajo la supervisión de un profesional del ramo.

Los centros de práctica ven de manera positiva la participación de los estudiantes y el involucramiento de los mismos en las tareas del centro, para el cumplimiento de sus objetivos.

En los centros de práctica, los estudiantes tienen la oportunidad de aprender a tratar casos de manera profesional y poder dar un soporte psicológico en las patologías de los pacientes.



## **Recomendaciones**

Eliminar si fuera posible algunas actividades extras en el centro de práctica que desvíen las funciones de labor terapéutica.

Incrementar a promociones futuras la práctica de técnicas terapéuticas desde el primer año de la carrera de Psicología y Consejería Social.

Apoyar con una asistente a la supervisora de práctica profesional dirigida para que el proceso sea más personalizado y menos cargado.

Sería bueno proporcionar un espacio para crear un centro para la práctica profesional dirigida, en el campus de la universidad, como apoyo de los estudiantes y con el fin de presentar un servicio a personas particulares que necesite atención psicológica.

## Referencias

1. Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. *Conductas problema en el niño anormal*. Editorial Trillas
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson.México
3. Barlow D. Y Durand. M.. *Psicología Anormal*. Thomson Learning. Edición México
4. Bellak y Small *Psicoterapia breve y de Emergencia..* Edit. Pax
5. Belloch A. , Sandin B.& Ramos. *Manual de Psicopatología*, , F. McGraw Hill, primera edición, México
6. Centro de Acción Legal en Derechos Humanos CALDH
7. Collins, Gary. *Consejería Cristiana efectiva*. Editorial Portavoz
8. Comportamental.com
9. Constitución Política de la República de Guatemala
10. Craig, grace. *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall
11. De la Fuente Ramón. *La Patología Mental y su Terapéutica*. Fondo de Cultura Económico
12. Dorch, f. *Diccionario de Psicología*. Herder
13. Ellis. *Terapia Racional Emotiva*. Moreno, El Psicodrama.
14. G. Sarason, Irwin y R. Sarason, Barbara. *Psicopatología*. Pearson, Prentice Hall. Undecima Edición.
15. González Nuñez José de Jesús. *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno
16. Guía Jurídica para la Mujer, 2da. Edición
17. Instrumentos Nacionales e Internacionales sobre Violencia en Contra de la Mujer 25. 25. CONAPREVI (Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar
18. Jacobs. *Esa Voz Interior..* Editorial Clie
19. José Adolfo Reyes Calderón, León-Dell Rosario “Victimología”, 3ª. Edición 2002, Guatemala
20. Juana López Vásquez, Tesis “Estudio y análisis en el proceso penal guatemalteco” Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Julio 2002
21. Kolb, L *Psiquiatría Clínica Moderna..* Prensa Médica Mexicana

22. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, era. Edición CALDH (Centro para la Acción Legal en Derechos Humanos).
23. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer, CONAPREVI 21. (Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia y contra la Mujer)
24. Manual de Violencia Intrafamiliar
25. Manual Diagnostico y Estadística de los Trastornos Mentales- DSMIV-TR Editorial Masson Mexico.
26. Pablo Werner, Doctor, Director de la Defensoría de Victimología, PDH Guatemala
27. Psicodirectorio.com
28. Psicologiapopular.com
29. Rogers, Carl *Terapia Centrada en el Cliente*.
30. Sullivan, Harry Stack *La Entrevista Psiquiátrica*.. Edit. Psique

#### E-Grafia

- [http://www.geocities.com/fmuraro/compensacion\\_a\\_la\\_victima\\_.htm](http://www.geocities.com/fmuraro/compensacion_a_la_victima_.htm)
- <http://www.monografias.com/trabajos15/intervencion-en-crisis/intervencion-en-crisis.shtml>
- <http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml>
- [http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=26&Itemid=48](http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=48)
- [http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=192&Itemid=49](http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com_content&task=view&id=192&Itemid=49)
- <http://html.rincondelvago.com/terapias-psicologicas.html>
- [html.rincondelvago.com/psicoterapia](http://html.rincondelvago.com/psicoterapia)
- <http://www.todoexpertos.com/categorias/salud-y-bienestar/salud-mental/respuestas/1070376/test-proyectivos>
- [http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros\\_auxilios.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros_auxilios.html)

## Anexos

**Anexo 1**

**Horas de prácticas realizadas**

Guatemala, 17 de enero de 2009

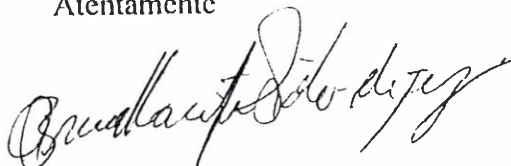
Señor Decano de la facultad de educación  
M.A. José Ramiro Bolaños:

Universidad Panamericana de Guatemala.

Reciba un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores, el motivo de la presente es para solicitar la realización de la práctica profesional la cual se estará llevando este año con el fin de aplicar la Psicología y consejería social y tener un contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad Guatemalteca y poder brindar un servicio para la resolución de los mismos.

Agradeciendo su atención y poniéndome a sus órdenes.

Atentamente



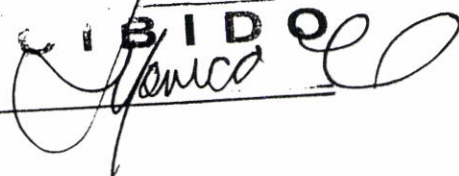
Brenda Maritza Soto Juárez  
Estudiante de Licenciatura en  
Psicología y Consejería Social

UNIVERSIDAD PANAMERICANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN

23 FEB 2009

RECIBIDO

FIRMA:





**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
Facultad de Ciencias de la Educación  
**PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

Guatemala, septiembre de 2009.

Señor Procurador de la Nación  
Dr. Sergio Fernando Morales Alvarado  
Procuraduría de los Derechos Humanos  
Guatemala

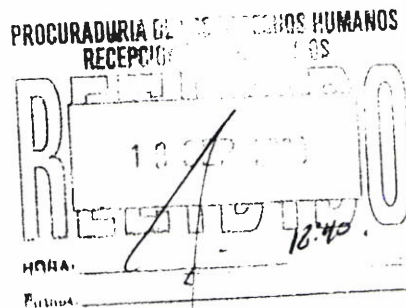
Respetable Procurador:

Reciba un cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Educación.  
Nos dirigimos a usted para agradecerle su colaboración con la Universidad Panamericana, proporcionando la oportunidad a la alumna practicante de 5o. Año, BRENDA MARITZA SOTO JUÁREZ de la carrera de Psicología y Consejería Social para que realizara su práctica durante este año obteniendo un aprendizaje muy valioso en su institución.

Aprovechamos la oportunidad para manifestarle muestras de consideración y respeto.

Deferentemente,

Lidia Sonia Pappa  
Catedrática de Práctica



M.A. José Ramiro Bolaños Rivas  
Decano Facultad de Ciencias de la Educación







## Control de Asistencia a clases de práctica profesional dirigida

Lugar: Seminario Teológico Centroamericano (Seteca)

Año: 2,009

Nombre de la alumna: Brenda Maritza Soto Juárez

Total de horas que asistió a clases: 80 horas

No. de orden	Fecha	Hora	Firma	Lugar
1	15-01-2,009	18.00 á 20.00		Upana El Naranjo
2	22-01-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
3	27-01-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
4	03-02,2,009	18.00 á 20.00		Seteca
5	10-02-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
6	17-02-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
7	24-02-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
8	03-03-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
9	10-03-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
10	17-03-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
11	24-03-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
12	31-03-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
13	14-04-2,009	17.00 á 20.00		Seteca expos. película
14	21-04-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
15	28-04-2,009	17.00 á 20.00		Seteca expos.película
16	05-05-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
17	12-05-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
18	19-05-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
19	26-05-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
20	02-06-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
21	08-06-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
22	16-06-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
24	14-07-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
25	21-07-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
26	28-07-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
27	04-08-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
28	11-08-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
29	18-08-2009	18.00 á 20.00		Seteca
30	25-08-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
31	01-09-2,009	18.00 á 20.00		Seteca

32	08-09-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
33	22-09-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
32	29-09-2,009	17.00 á 20.00		Seteca
35	06-10-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
36	13-10-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
37	27-10-2.009	18.00 á 20.00		Seteca
38	03-11-2,009	18.00 á 20.00		Seteca
39	10-11-2,009	18.00 á 20.00		Seteca

Horas de practica realizadas en casa

	Fecha	Hora	Lugar
1	12-03-2002	9.00 PM a 11.00 PM	Casa
2	17-03-2009	8.00 PM a 10.00 PM	Casa
3	24-03-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
4	1-04-2009	8.00 PM a 10.00 PM	casa
5	15-04-2009	8.00 PM a 10.00 PM	casa
6	24-04-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
7	29-04-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
8	10-05-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
9	19-05-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
10	25-05-2009	7.00 PM a 9.00 PM	casa
11	5-06-2009	8.00 PM a 10.00 PM	casa
12	15-06-2009	8.00 PM a 10.00 PM	casa
13	21-06-2009	8.00 PM a 10.00 PM	casa
14	25-06-2009	8.00 PM a 10.00 PM	casa
15	2-07-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
16	11-07-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
17	15-07-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
18	25-07-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
19	5-08-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
20	8-08-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
21	15-08-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
22	19-08-2009	9.00 PM a 11.00 PM	casa
23	23-8-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
24	31-8-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
25	3-9-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
26	7-9-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
27	13-9-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
28	19-9-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
29	25-09-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
30	30-9-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa

31	5-10-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
32	8-10-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
33	15-10-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
34	17-10-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
35	22-10-2009	9.00 PM a 12.00 noche	casa
36	1-11-2009	9.00 AM a 12.00 noche	casa
37	3-11-2009	9.00 AM a 2.00 AM	casa
38	4-11-2009	9.00 AM a 12.00 PM	casa
39	5-11-2009	9.00 AM a 2.00 AM	casa
40	6-11-2009	9.00 AM a 4.00 AM	casa
41	7-11-2009	9.00 AM a 2.00 AM	casa
	8-11-2009	9.00 AM a 12.00 noche	casa
	9-11-2009	9.00 AM a 2.00 noche	casa
	10-11-2009	9.00 AM a 1.00 AM	casa
	11-11-2009	9.00 AM a 12.00 noche	casa
	12-11-2009	9.00 AM a 12.00 noche	casa
	13-11-2009	9.00 AM a 10.00 PM	casa
	14-11-2009	9.00 AM a 9.00 PM	casa
	15-11-2009	9.00 AM a 6.00 PM	casa
	16-11-2009	9.00 PM a 2.00 AM	casa




---

Vo. Bo. Catedrática encargada de la práctica profesional dirigida  
 Licda. Sonia Pappa

**Anexo 2**  
**Constancias**



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
Facultad de Ciencias de la Educación  
**PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

Guatemala, septiembre de 2009.

Señor Procurador de la Nación  
Dr. Sergio Fernando Morales Alvarado  
Procuraduría de los Derechos Humanos  
Guatemala

Respetable Procurador:

Reciba un cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Educación.  
Nos dirigimos a usted para agradecerle su colaboración con la Universidad Panamericana, proporcionando la oportunidad a la alumna practicante de 5o. Año, BRENDA MARITZA SOTO JUÁREZ de la carrera de Psicología y Consejería Social para que realizara su práctica durante este año obteniendo un aprendizaje muy valioso en su institución.

Aprovechamos la oportunidad para manifestarle muestras de consideración y respeto.

Deferentemente,

Licda. Sonia Pappa  
Catedrática de Práctica

M.A. José Ramiro Bolaños Rivera  
Decano Facultad de Ciencias de la Educación

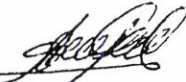




**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
Facultad de Ciencias de la Educación  
**PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

Guatemala, septiembre de 2009.

Licda. Ana Gladys Ollas Hidalgo  
Defensoría de los Derechos de la Mujer  
Procuraduría de los Derechos Humanos  
Guatemala


  
Licda. Ana Gladys Ollas Hidalgo  
DEFENSORA DE LOS DERECHOS  
DE LA MUJER  
PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS

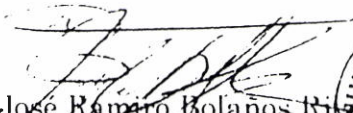
Respetable Licenciada:

Reciba un cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Educación.  
Nos dirigimos a usted para agradecerle su colaboración con la Universidad Panamericana, proporcionando la oportunidad a la alumna practicante de 5o. Año, BRENDA MARITZA SOTO JUÁREZ de la carrera de Psicología y Consejería Social para que realizara su práctica durante este año obteniendo un aprendizaje muy valioso en su institución.

Aprovechamos la oportunidad para manifestarle muestras de consideración y respeto.

Deferentemente,

  
Licda. Sonia Pappa  
Catedrática de Práctica

  
M.A. José Ramiro Bolaños Rivas  
Decano Facultad de Ciencias de la Educación





# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

## FACULTAD DE EDUCACIÓN PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

### EVALUACIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Nombre de la Institución: Defensoría de los Derechos de la Mujer PDH

Dirección: 12 AV. 12-11 zona 1 Tel.: \_\_\_\_\_

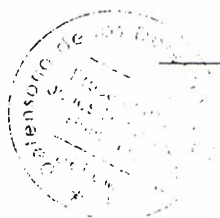
Director (a) Encargado (a): Ara Gladis Ollas Hidalgo

Nombre de la (el) alumna (o) practicante: Brenda Maritza Soto Juárez

Grado: 5º año Fecha: 3-9-2009

	ASPECTOS A CALIFICAR	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1.	Puntualidad				✓
2.	Asistencia				✓
3.	Iniciativa				✓
4.	Creatividad				✓
5.	Actitud ética				✓
6.	Conocimiento				✓
7.	Aplicación de técnicas				✓
8.	Relaciones interpersonales				✓
9.	Apoyo a la Institución				✓
10.	Interés por aprender				✓
11.	Atención a pacientes				✓
12.	Entrega de tareas				✓
13.	Presentación personal				✓
14.	Realización de capacitaciones				✓
15.	Actividades interinstitucionales				✓

Observaciones: Ha desarrollado un ejercicio excelente a nivel profesional en favor de las personas afectadas por la violencia contra la mujer



[Signature]  
Firma y sello

Vo. Bo.  
[Signature]

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES AMERICA LATINA**  
**PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

**INFORMACIÓN REQUERIDA:**

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Defensoría de los Derechos de la Mujer P.D.H

DIRECCIÓN: 12 AV 12-11 Zona 1 TEL.: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENCARGADO: Ana Gladis Ollas Hidalgo

PUESTO: Defensora de los Derechos de la Mujer

**SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:**

- : Atención a personas con derechos violados:
- : violencia intrafamiliar.
- : labores.
- : capacitaciones sobre violencia contra la mujer
- : Feminismo, Género, Participación Política.

NOMBRE DEL PRACTICANTE: Brenda Maritza Soto-Joárez

GRADO: 5º año

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: 8:00 AM a 16:00 PM Jueves

Horas: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA PRÁCTICA: 2-4-09 al 3-9-2009

OBSERVACIONES: Realizó su práctica con capacidad, iniciativa y eficiencia.

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO:



Vo. B.  
Domingo





PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS  
12 avenida 12-72, zona 1 PBX 2424-1717  
Guatemala, Centro América  
www.pdh.org.gt



Guatemala 12 de Noviembre del 2009

## A QUIEN INTERESE

Por este medio la Defensoría de los Derechos de la Mujer de la Procuraduría de los Derechos Humanos, hace contar que la Señora Brenda Maritza Soto, realizó su práctica de Psicología, en esta Defensoría, en los meses de Marzo a Septiembre del 2009, cumpliendo un horario de 8:00 a 16:00 horas los días jueves, habiendo cumplido a cabalidad con el horario establecido por la Universidad Panamericana.

Para los usos que a la interesada convenga, firmo y sello la presente a los doce días del mes de Noviembre del dos mil nueve.

Atentamente;

Licda. Ana Gladis Ollas Hidalgo  
Defensora de los Derechos de la Mujer.

CC. archivo.

Guatemala 12 de Noviembre del 2009


## A QUIEN INTERESE

Por este medio la Defensoría de los Derechos de la Mujer de la Procuraduría de los Derechos Humanos, hace contar que la Señora Brenda Maritza Soto, realizó su práctica de Psicología, en esta Defensoría, en los meses de Marzo a Septiembre del 2009, cumpliendo con los horarios y lineamientos establecidos por la Universidad Panamericana.

Durante la Práctica, demostró responsabilidad, cumplimiento, interés y la iniciativa necesaria en la atención a las personas afectadas por la violencia Intrafamiliar y Contra la Mujer, por lo que la Sra. Soto Juárez demuestra sensibilidad para la atención psicológica de los pacientes que requieran de su atención.

Para los usos que a la interesada convenga, firmo y sello la presente a los doce días del mes de Noviembre del dos mil nueve.

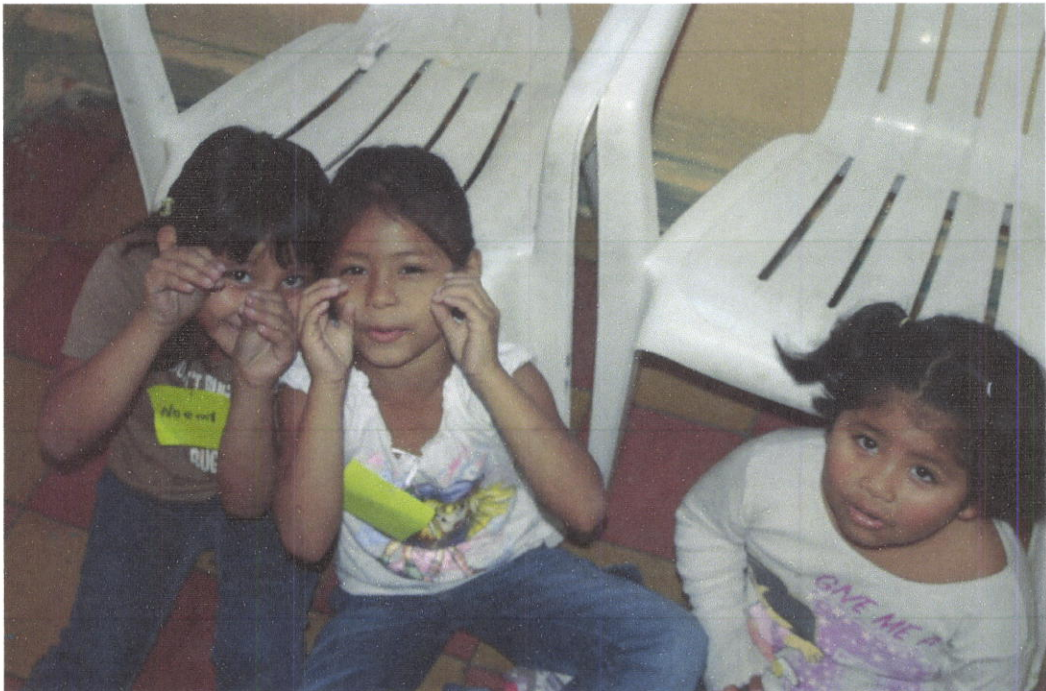
Atentamente;



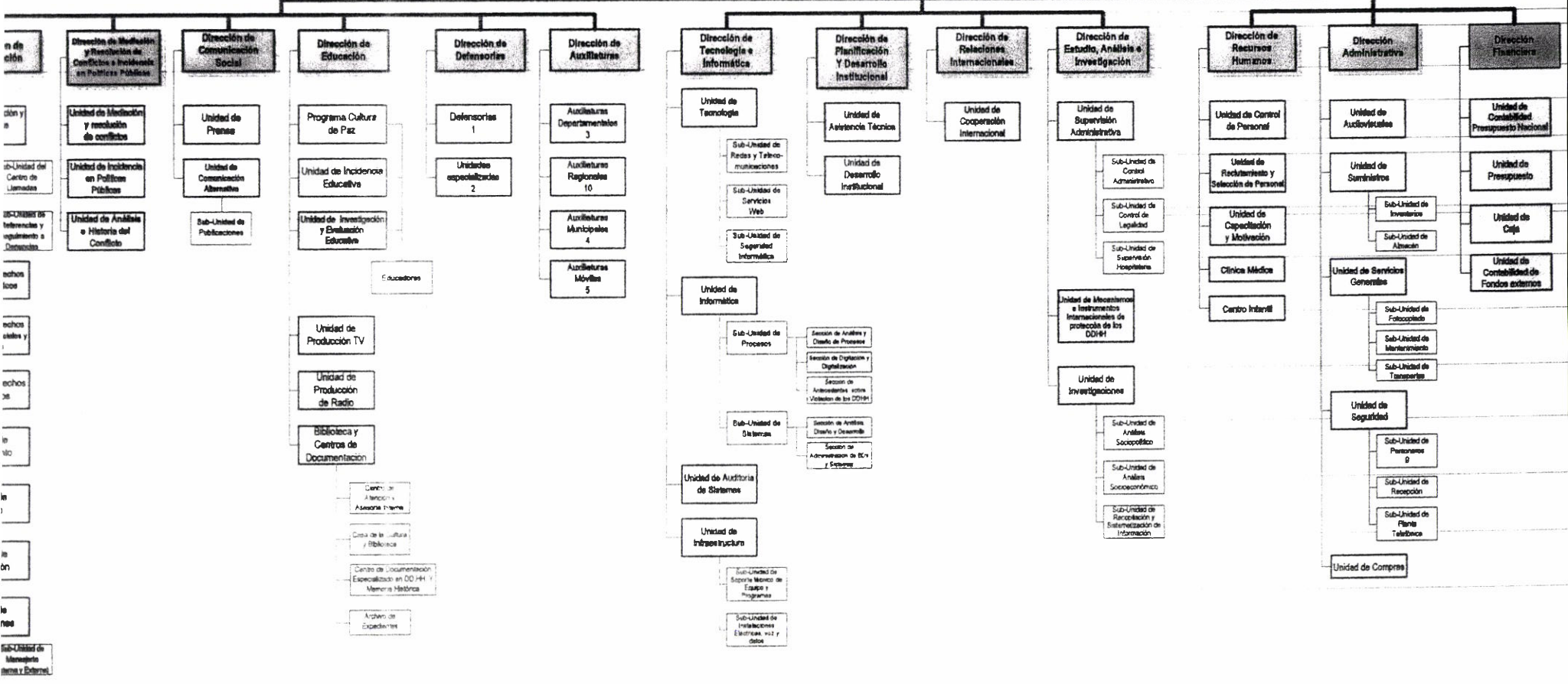
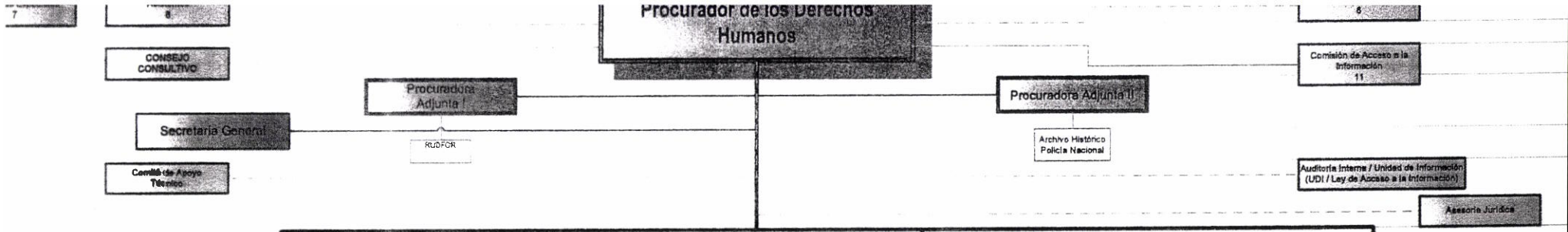
Licda. Ana Gladis Ollas Hidalgo  
Defensora de los Derechos de la Mujer.

CC. archivo.

Anexo 3  
Fotografías



Anexo 4  
Organigrama



Derechos del Adulto Mayor, del Deporte Pasivo y Recreación, de Desastres y Migrantes, del Medio Ambiente y del Consumidor, de la Mujer, de la Niñez y Juventud, de los Pueblos Indígenas, de los jóvenes y de los Dispositivos.  
 Instrumentos de los Acordos de Paz: Cauces, Baja Verapaz, Chimaltenango, Guatemala, El Progreso, Quiché, Escuintla, Huehuetenango, Izabal, Peten, Quetzaltenango, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Suchitlán, Totonicapán, Zetecajal y Suchitpeque.  
 Lago Atitlán, Ixcán, El Marañón, Molok, Rabinal, Quezaltenango, Mazaten, Santa Lucía Milpa Alta de Huehuetenango, Móviles 1 y 2 del Departamento de Guatemala, Quetzaltenango.  
 Área: Monitoreo, estrategias y políticas.

7. Convención Escolar y Prevención de Violencia, Voluntariado, Juntas de Niñez y Adolescencia, Promoción y Eventos, Unidad contra la Impunidad, Análisis Investigaciones Especiales - Prevención de Desastres, VPM/SDA.
8. Asistentes: asistente agenda externa y casos especiales, asistente para agenda interna, asistente operativo, asistente técnico.
9. Comités: Encargados de la seguridad personal del PDH y Personal de patio; encargados de la seguridad de edificios y amenazas.
10. Papán (Petén), Coatepeque (Quetzaltenango)
11. Comité Asesor de la Comisión de Acceso a la Información, Secretaría Ejecutiva de la Comisión de Acceso a la Información.